INTERVIUL CLINIC STRUCTURAT PENTRU TULBURĂRILE CLINICE ALE SUGARULUI, COPILULUI ŞI ADOLESCENTULUI

KID-SCID

Denise Hien, PhD, Fredrick J. Matzner, MD, Michael Frist, MD, Robert L. Spitzer, MD, Janet B.W. Williams, DSW şi Miriam Gibbon, MSW

Titlu Original: Structured Clinical Interview for DSM-IV Childhood Diagnoses
Copyright © 1994, 1998, 2004 Denise Hien, Ph.D, Fredrick J. Matzner, M.D., Michael B. First, M.D., Robert L. Spitzer, M.D., Mirriam Gibbon, M.S.W. şi Janet B.W. Williams, D.S.W. Toate drepturile rezervate.

Original Title: Structured Clinica Interview for DSM-IV Childhood Diagnoses
Copyright © 1994, 1998, 2004 Denise Hien, Ph.D, Fredrick J. Matzner, M.D., Michael B. First, M.D., Robert L. Spitzer, M.D., Mirriam Gibbon, M.S.W. and Janet B.W. Williams, D.S.W. All rights reserved

Pentru varianta în limba română:
Copyright © 2007
Institutul Internațional de Studii Avansate de Psihoterapie şi Sănătate Mentală Aplicată
Universitatea Babeş-Bolyai
str. Republicii nr. 37, 400015, Cluj Napoca, Romania
www.psychotherapy.ro

Pentru citare se va utiliza următorul format:

KID-SCID
Hien, D., Matzner, F., First, M.B., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., şi Gibbon M. (1994, 1998, 2004). *Interviu Clinic Structurat pentru Tulburările.Clinice ale Sugarului, Copilului şi Adolescentului*. Adaptare în limba română David, D. (coordonator) (2007). Editura RTS.

Publicat la:
Editura RTS
Str. Uzinei Electrice 15/15, 400378 Cluj Napoca
Tel./fax. 0264-582276
Web: www.rtscluj.ro email: info@rtscluj.ro
ISBN 978-973-88429-0-8
ISBN 978-973-1816-01-2

Pentru comenzi:
SC RTS Romanian Psychological Testing Services SRL
Str. Uzinei Electrice 15/15, 400378 Cluj Napoca
Tel./fax. 0264-582276
Web: www.rtscluj.ro Email: info@rtscluj.ro

Toate drepturile rezervate. Nici o parte a acestui material, manual, itemi sau foi de răspuns nu poate fi reprodusă sau transmisă sub nici o formă sau printr-un mijloc electronic sau mecanic, incluzând fotocopierea, înregistrarea ori printr-un sistem de stocare şi reactualizare a informației fără acordul prealabil al celor în drepturi

Tipărit în România

INTERVIURILE CLINICE STRUCTURATE PENTRU TULBURĂRILE CLINICE CUPRINSE ÎN MANUALUL DE DIAGNOSTIC ŞI STATISTICĂ A TULBURĂRILOR MENTALE (DSM)

COORDONATOR ŞTIINŢIFIC ADAPTARE

- Prof. „Aaron T. Beck" univ. dr. Daniel DAVID, Universitatea Babeş-Bolyai, Cluj-Napoca, Director al Programului de Psihologie Clinică şi Psihoterapie, Preşedintele Institutului Internaţional de Studii Avansate în Psihoterapie şi Sănătate Mentală Aplicată (International Institute for the Advanced Studies of Psychotherapy and Applied Mental Health)

CONSULTANŢI ŞTIINŢIFICI ADAPTARE

- Prof. univ. dr. Doina COSMAN, Universitatea de Medicină şi Farmacie „Iuliu Haţieganu", Catedra de Psihologie Clinică şi Sănătate Mentală
- Prof. univ. dr. Felicia IFTENE, Universitatea de Medicină şi Farmacie „Iuliu Haţieganu", Catedra de Psihiatrie Pediatrică
- Conf. univ. dr. Viorel LUPU, Universitatea de Medicină şi Farmacie „Iuliu Haţieganu", Catedra de Psihiatrie Pediatrică

RESPONSABIL ADAPTARE SCID-I VERSIUNEA CLINICĂ (SCID-I CV) ŞI VERSIUNEA CERCETARE (SCID-I RV)

- Lector univ. dr. Aurora SZENTÁGOTAI, Universitatea Babeş-Bolyai

ECHIPA

- Cercetător Postdoctoral Anca DOBREAN, Universitatea Babeş-Bolyai
- Cercetător Postdoctoral Alina RUSU, Universitatea Babeş-Bolyai
- Cercetător Postdoctoral Florin SAVA, Universitatea Babeş-Bolyai
- Doctor în psihologie Eva KÁLLAY, Universitatea Babeş-Bolyai
- Asist. Cercetare, David OPRIŞ, Universitatea Babeş-Bolyai
- Psiholog Amfiana BOBÂRNEA, Universitatea Babeş-Bolyai
- Psiholog Mădălina SUCALĂ, Universitatea Babeş-Bolyai
- Medic Psihiatru Bogdan VOINESCU Universitatea de Medicină şi Farmacie „Iuliu Haţieganu"

RESPONSABIL ADAPTARE SCID-II

- Lector univ. dr. Aurora SZENTÁGOTAI, Universitatea Babeş-Bolyai

ECHIPA

- Cercetător Postdoctoral Anca DOBREAN, Universitatea Babeş-Bolyai
- Cercetător Postdoctoral Alina RUSU, Universitatea Babeş-Bolyai
- Cercetător Postdoctoral Florin SAVA, Universitatea Babeş-Bolyai
- Asist. Cercetare, David OPRIŞ, Universitatea Babeş-Bolyai

RESPONSABIL ADAPTARE KID-SCID

- Conf. univ. dr. Oana BENGA, Universitatea Babeş-Bolyai

ECHIPA

- Lector univ. dr. Thea IONESCU, Universitatea Babeş-Bolyai
- Cercetător Postdoctoral Anca DOBREAN, Universitatea Babeş-Bolyai
- Cercetător Postdoctoral Alina RUSU, Universitatea Babeş-Bolyai
- Cercetător Postdoctoral Florin SAVA, Universitatea Babeş-Bolyai
- Asist. univ. drd. Laura VISU-PETRA, Universitatea Babeş-Bolyai
- Psiholog drd. Ioana ŢINCAŞ Universitatea Babeş-Bolyai
- Asist. cercetare David OPRIŞ, Universitatea Babeş-Bolyai

Copyright: Universitatea Babeş-Bolyai – Institutul Internaţional de Studii Avansate în Psihoterapie şi Sănătate Mentală Aplicată (www.psychotherapy.ro).

INTRODUCERE

Psihodiagnostic şi Evaluare Clinică Validate Ştiinţific

Din punct de vedere etimologic (vezi pentru detalii David, 2003; 2006a), termenul de diagnostic (gr. diagnostikos - capacitate de a distinge; dia - între; gnosis - cunoaştere) denotă o activitate de cunoaştere. Psihodiagnosticul se referă la cunoaşterea factorilor psihologici ai subiectului uman, cu relevanţă pentru diverse activităţi. Psihodiagnosticul clinic vizează cunoaşterea factorilor psihologici cu relevanţă pentru sănătate şi boală. Psihodiagnosticul educaţional vizează cunoaşterea factorilor psihologici implicaţi în procesele de învăţare şi educaţie, iar psihodiagnosticul organizaţional vizează cunoaşterea factorilor psihologici implicaţi în dinamica socială şi a resurselor umane din diverse organizaţii. Cunoaşterea acestor factori psihologici se realizează prin procesul de evaluare (clinică în cazul nostru) în care se utilizează două clase de metode: testarea psihologică (incluzând teste, diverse sarcini şi probe) şi interviul clinic (liber, semistructurat, structurat).

I. Sănătate şi Boală (vezi textul detaliat în David, 2003; 2006a, 2006b)

Starea de sănătate este definită în Constituţia WHO/OMS (World Health Organization/Organizaţia Mondială a Sănătăţii; http://www.who.int) ca o stare de bine fizic, psihic şi social. Boala, pe de altă parte, este definită ca o serie de modificări biologice şi/sau psiho-comportamentale care generează o stare de distres şi/sau dizabilitate sau un risc crescut spre distres şi/sau dizabilitate [American Psychiatric Association (APsyA), 1994; U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS), 1999].

Boala, aşa cum este ea definită mai sus, are mai multe componente pe care le discutăm succint în continuare.

(1) Manifestări (pentru detalii vezi Boloşiu, 1990). Fiecare boală presupune anumite modalităţi de manifestare, un anumit tablou clinic (în anumite situaţii boala poate să nu aibă un tablou clinic identificabil sau uşor identificabil). Tabloul clinic – numit şi simptomatologia pacientului – conţine semne şi simptome. Semiologia (gr. semion - semn, marcă după care ceva poate fi cunoscut; logos - discurs, ştiinţă) este ştiinţa care se ocupă cu studiul acestora. Semnele (lat. signum - însemnare, marcă) sunt forme de manifestare a bolii care pot fi identificate de către clinician sau de către altă persoană, inclusiv de către pacient, pe baza simţurilor proprii, independent de ceea ce declară pacientul, (ex., modificări ale culorii pielii; modificări în comportament). Simptomele (gr. symptoma - ceea ce se produce, apare, de la sym - împreună; piptein - a cădea) sunt acele manifestări ale bolii care apar în primul rând în sfera de percepţie a bolnavului şi sunt experienţiate de către acesta la nivel subiectiv. Ele pot fi cunoscute de către clinician doar indirect, prin intermediul declaraţiilor pacientului (ex., starea de frică). Unele semne şi simptome tind să apară împreună, constituind sindroame (gr. syn-împreună; dromos-cale, cursă). Un sindrom poate să aibă o etiologie multiplă. Dacă mecanismele etiopatogenetice ale unui sindrom sunt cunoscute, atunci în principiu putem vorbi despre boală; pentru detalii privind relaţiile existente între conceptul de sindrom şi cel de boală vezi Boloşiu (1990). Tratamentele care vizează direct reducerea acestor manifestări fără a schimba cauzele şi mecanismele care le-au generat se numesc tratamente simptomatice.

(2) Boala presupune anumiţi agenţi/factori etiologici (cauzali) (pentru detalii vezi (Price şi Lynn, 1981). Două criterii sunt mai importante în clasificarea acestor agenţi/factori etiologici. **După natura lor,** ei se clasifică în agenţi exogeni şi agenţi endogeni. La rândul lor, agenţii exogeni pot să fie fizici (ex., mecanici, termici, electrici, prin energie radiantă etc.), chimici (ex., acizi, baze, săruri), biologici (ex., microbi, virusuri, paraziţi, ciuperci, diferite macromolecule organice etc.) şi psiho-sociali (ex., stresul, stilul de viaţă nesănătos). Agenţii endogeni (ex., factori genetici) pot fi consideraţi primari, producând diverse tipuri de anomalii ereditare; în ultimă instanţă ei sunt însă agenţi exogeni care au acţionat fie asupra aparatului genetic al strămoşilor noştri, fie asupra aparatului nostru genetic, în cursul existenţei noastre. **După funcţia lor,** agenţii etiologici se împart în: (1) factori declanşatori; (2) factori determinanţi; (3) factori favorizanţi; (4) factori predispozanţi/de risc şi (5) factori de menţinere.

Factorii declanşatori se referă la acei factori care produc în mod direct simptomatologia; ei sunt factori necesari declanşării tabloului clinic, dar adesea nu sunt şi suficienţi. Unul dintre factorii declanşatori cei mai importanţi în psihopatologie se referă la discrepanţa cognitivă dintre motivaţia

pacientului (ex., scopuri, motive, dorințe, așteptări și expectanțe etc.) și evenimentele propriu-zise care au loc. Cu cât această discrepanță este mai mare, cu atât problemele psihologice sunt mai severe. Studiile arată că discrepanța este cu atât mai severă cu cât motivația noastră este mai imperativă, extrema fiind formularea scopurilor și dorințelor noastre în termeni absolutiști de "trebuie cu necesitate..." (David, 2006; Ellis, 1994). Trebuie să facem o diferență clară între factorii declanșatori și cei determinanți.

Factorii determinanți au aceleași caracteristici ca cei declanșatori – produc în mod direct simptomatologia – dar ei sunt legați specific de un anumit tablou clinic (ex., bacilul Koch pentru tuberculoză), în timp ce factorii declanșatori nu sunt specific legați de un tablou clinic (ex., stresorii ca factori declanșatori pot declanșa tulburări depresive sau anxioase). Până acum, în psihopatologie au fost identificați clar puțini factori determinanți, mai ales de natură psihosocială.

Factorii favorizanți joacă în psihopatologie rolul pe care catalizatorii îl joacă în reacțiile chimice. O serie de reacții chimice se pot desfășura și fără catalizatori, dar prezența acestora eficientizează întregul proces. Similar, factorii favorizanți eficientizează acțiunea factorilor declanșatori și determinanți în apariția tabloului clinic.

Factorii predispozanți sunt acei factori care au un caracter general, aparțin pacientului, au fost prezenți înainte de instalarea tabloului clinic și care prin interacțiune cu factorii declanșatori, determinanți și/sau favorizanți duc la apariția tabloului clinic.

Factorii de menținere au rolul de a susține simptomatologia. Acest rol poate fi jucat de factorii declanșatori, determinanți, favorizanți sau predispozanți odată ce au declanșat tabloul clinic, dar și de alți factori care au apărut după generarea tabloului clinic. Toți acești factori etiologici descriși aici interacționează pentru a genera un anumit tablou clinic, dar aceasta nu înseamnă că de fiecare dată când apare un anumit tablou clinic trebuie să fie prezenți factori din fiecare categorie menționată (ex., în anumite situații factorii favorizanți pot să nu fie prezenți, iar în psihopatologie este adesea dificil de identificat factorii determinanți). Tratamentele care vizează modificarea acestor factori și, prin aceasta, reducerea tabloului clinic se numesc tratamente etiologice, ele vizând cauza manifestărilor bolilor.

(3) Reacții de răspuns ale organismului la acțiunea agenților etiologici (pentru detalii vezi Price și Lynn, 1981; Selye, 1976). Aceste reacții pot să fie specifice sau nespecifice, fiecare din ele la rândul lor putând să fie locale sau cu caracter general. De asemenea, ele se pot manifesta la nivel biologic (ex. modificarea tensiunii arteriale) sau la nivel psihologic (ex. deficiențe la nivelul memoriei implicite). Cu privire la modul în care apar aceste reacții ca răspuns al organismului la acțiunea unor factori etiologici a apărut o întreagă știință – patogenia (gr. pathos-suferință; gennan-a genera). Aceste reacții sunt identificabile prin analize de laborator (vezi testele medicale și psihologice). Tratamentele care vizează modificarea lor și, prin aceasta, ameliorarea tabloului clinic al pacientului se numesc tratamente patogenetice. Tratamentele etiologice și cele patogenetice (etiopatogenetice) sunt un deziderat în tratamentul medical și psihologic deoarece ele vizează cauzele distale (cele etiologice) și proximale (cele patogenetice) ale tabloului clinic. Tratamentele simptomatice nu sunt cauzale și de aceea rolul lor este de a exista până când este posibilă administrarea unor tratamente etiopatogenetice sau până când tabloul clinic se ameliorează ca urmare a evoluției naturale a bolii.

În baza celor discutate mai sus, o clasificare cu rol euristic a bolilor este prezentată în Tabelul 1. (pentru detalii vezi David, 2003). Această clasificare consideră simultan criteriul etiopatogenetic și pe cel semiologic și arată clar rolul tratamentelor psihologice și al celor biomedicale în diverse categorii de tulburări.

Tabelul 1. O clasificare euristică a bolilor în funcție de tabloul clinic şi mecanismele etiopatogenetice.

Semne şi simptome / Mecanisme etiopatogenetice	**Predominant psihologice**	**Predominant somatice**
Predominant psihologice	Tulburările psihice "clasice" [vezi DSM-IV pentru detalii (APsyA, 1994)]	Tulburări psihosomatice (vezi Kaplan şi Sadock, 1998 pentru detalii) Tulburări somatoforme [vezi DSM-IV pentru detalii (APsyA, 1994)]
Predominant somatice	Tulburări psihice datorate unor condiții medicale sau consumului de substanțe [vezi DSM-IV pentru detalii (APsyA, 1994)]	Tulburările somatice "clasice" [vezi ICD-10 pentru detalii (WHO/OMS, 1992)]

LEGENDĂ: ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems; Clasificarea Statistică Internațională a Maladiilor şi a Problemelor în Legătură cu Sănătatea; ediția 10); APsyA (American Psychiatric Association; Asociația Psihiatrilor Americani); DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Manualul de Diagnostic şi Statistică a Tulburărilor Mentale; ediția IV); WHO/OMS (Organizația Mondială a Sănătății; World Health Organization).

II. Psihodiagnostic şi Evaluare Clinică Validate Ştiințific

Dacă vorbim de boală, factorii psihologii care trebuie identificați se clasifică în factori care țin de *tabloul clinic (starea de boală)* sau *de mecanismele etiopatogenetice (mecanismele de patogeneză)*. Dacă ne referim la sănătate atunci factorii psihologici care trebuie identificați se referă la *starea de sănătate* (ex. emoții pozitive, calm/relaxare, emoții funcționale negative) şi la *mecanismele de sanogenză* care o generează; deşi există un interes crescut privind identificarea stării de sănătate şi a mecanismelor de sanogeneză nu există încă o metodologie clinică articulată, care să facă acest lucru într-o manieră validată ştiințific; vom încerca sa corectăm această stare de fapt prin **Sistemul de Evaluare Clinică** descris mai jos.

Vorbim despre psihodiagnostic şi evaluare clinică validate ştiințific – *evidence based assessment* - atunci când (1) există o legătură stabilită prin studii clinice controlate între factorii *etiopatogenetici/de sanogeneză* şi *tabloul clinic/starea de sănătate* şi (2) probele psihologice utilizate au calități psihometrice adecvate.

Exemplu:

Dacă *tabloul clinic* este unul de tip depresiv atunci *factorii etiopatogenetici* care trebuie diagnosticați sunt scheme cognitive, cogniții iraționale şi gândurile automate. Ei sunt factorii care în literatura de specialitate au fost asociați cu tabloul de tip depresiv (Beck, 1995). Alți factori psihologici – unii din teorii foarte cunoscute dar nevalidate (ex. „agresivitate introiectată" din teoria dinamic-psihanalitică) – nu fac obiectul diagnosticului şi evaluării validate ştiințific.

Suntem bombardați cu zeci de mii de teste psihologice. Cum ne orientăm între ele? Practic în diagnosticul şi evaluarea clinică validate ştiințific nu ne interesează decât acele probe psihologice care măsoară factori psihologici care în literatura de specialitate au fost identificați ca făcând parte din relația „tablou clinic/stare de sănătate – mecanism etiopatogenetic /de sanogeneză". Restul, chiar în condițiile în care au calități psihometrice adecvate, nu au utilitate clinică! Înțelegem poate mai bine acum afirmația clasică că „*cel mai practic lucru este o teorie bună*"!

Diagnosticul şi evaluarea clinică sunt componente fundamentale ale intervențiilor de tip medical şi psihologic.

II.a. Interviurile clinice structurate (SCID) pentru tulburările clinice cuprinse în Manualul de Diagnostic şi Statistică a Tulburărilor Mentale (DSM)

În domeniul tulburărilor mentale şi de comportament unul dintre reperele fundamentale în diagnosticul acestora îl constituie „Manualul de Diagnostic şi Statistică a Tulburărilor Mentale" (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM), publicat de „American Psychiatric Association". El a ajuns la ediția a patra revizuită şi se aşteaptă ca a cincea ediție să fie publicată în 2013. La noi în țară (DSM-IV-TR) a fost tradus de „Asociația Psihiatrilor Liberi din România", în anul 2003. Pentru a putea utiliza corect diagnosticul pe baza DSM este necesară utilizarea unor interviuri clinice structurate. Trei astfel de interviuri sunt fundamentale, acoperind prin module specifice categoriile de diagnostic cuprinse în DSM.

- Interviul Clinic Structurat pentru Tulburările de pe Axa I a DSM (SCID-I);
  - SCID-I CV (Versiunea Clinică/Clinician Version)
  - SCID-I RV/PE (Versiunea Cercetare /Research Version, Patient Edition)
  - SCID-I RV/NP (Versiunea Cercetare /Research Version, Non-Patient Edition)
  - SCID-I RV/PS (Versiunea Cercetare /Research Version with Psychotic Screening)
- Interviul Clinic Structurat pentru Tulburările de pe Axa II a DSM (SCID-II);
  - SCID-II – Interviul
  - Chestionarul de Personalitate
- Interviul Clinic Structurat pentru Tulburările Sugarului, Copilului şi Adolescentului (KID-SCID).

Am adaptat aceste interviuri clinice structurate cu drepturi exclusive pentru România.

II.b. Sistem de Evaluare Clinică (SEC)

Adesea în practica clinică şi aproape constant în cercetare, acest sistem de diagnostic categorial tip DSM-SCID este însă dublat de unul cantitativ, prin teste psihologice, ceea ce dă o rigoare mai mare rezultatului şi permite analize statistice mai complexe. De altfel, mecanismele *etiopatogenetice/de sanogeneză* asociate prin teorii validate ştiințific *tabloului clinic/stării de sănătate* sunt identificate mai ales prin probe psihologice. De asemenea, acest demers trebuie dublat de mecanisme de identificare a stării de sănătate, căci lipsa bolii nu înseamnă prezența sănătății, după cum prezența bolii nu anulează complet anumite componente ale stării de sănătate. Aşadar, un sistem de evaluare clinică modern trebuie să permită psihodiagnosticul şi evaluare clinică atât a stării de boală cât şi a celei de sănătate.

În lucrările noastre am elaborat **Sistemul de Evaluare Clinică (SEC).** Probele psihologice cuprinse în **SEC** au fost selectate pornind de la paradigma psihodiagnosticului şi evaluării clinice validate ştiințific, prezentată anterior. Astfel:

- Am inclus probe psihologice (5 scale clinice) care evaluează *tabloul clinic*, focalizate pe cele mai importante componente ale acestuia: distresul, tabloul de tip depresiv şi de tip anxios. Unele scale (ex. PDA, SRGS) evaluează şi aspectele care țin de *starea de sănătate* (ex. emoții pozitive, emoții funcționale negative etc.), lucru ignorat în majoritatea sistemelor de evaluare clinică existente. Toate aceste probe psihologice au calități psihometrice foarte bune, acoperă cea mai mare şi relevantă parte din *tulburările clinice* şi *starea de sănătate* şi sunt complementare SCID-ului.
- Am inclus probe psihologice (15 scale clinice) care evaluează mecanismele *etiopatogenetice/de sanogeneză* asociate tablourilor clinice (din DSM)/stării de sănătate. Această asociere a fost stabilită după analizele comprehensive ale literaturii de specialitate (ex. Cochrane Review, Pubmed, PsycInfo), ceea ce îi conferă o validitate ştiințifică remarcabilă. Ele se clasifică în probe psihologice care vizează:
  - mecanisme etiopatogenetice generale (12 scale clinice), cu rol de vulnerabilitate generală (ex. scheme cognitive, cogniții iraționale etc.).
  - mecanisme etiopatogenetice specifice (3 scale clinice), implicate în tulburări specifice (gânduri automate etc.).

Unele scale incluse în SEC măsoară constructe identice şi/sau similare; ele pot fi utilizate ca modalități alternative de evaluare, atunci când: (1) măsurătorile repetate cu aceeaşi scală pot fi distorsionate şi (2) se dorește confirmarea unui rezultat din surse multiple (lucru important în domeniul clinic). Aşadar, **SEC**, prin modul în care a fost elaborat, reprezintă astăzi unul dintre cele mai avansate – *the state of the art* – sisteme de psihodiagnostic şi evaluare clinică validate ştiințific. Noi scale/probe psihologie pot fi adăugate acestui sistem – **SEC** – doar dacă: (1) ele evaluează noi componente validate ştiințific ale stării de boală/sănătate şi/sau ale mecanismelor de patogeneză/sanogeneză, identificate prin studii de specialitate, care aduc un plus de cunoaştere semnificativ clinic față de cele deja incluse în SEC; (2) au calități psihometrice foarte bune. Utilizarea

SEC presupune cunoştinţe fundamentale de psihologie clinică şi psihodiagnostic şi se face în condiţiile respectării stricte a deontologiei profesionale.

Pentru detalii privind diagnosticul şi evaluarea clinică şi modul în care se combină SCID cu SEC vezi David (2006). Sintetizăm aici demersul, de obicei derulat pe parcursul a trei şedinte:

- Formularea diagnosticului nosologic (identificarea tabloului clinic) (şedinţele 1-2)
  - Formularea diagnosticului nosologic (DSM) (Faza 1 şi 2);
  - Detalierea diagnosticului nosologic prin surprinderea dinamicii acestuia în cazul unui pacient ţintă (Faza 3);
  - Operaţionalizarea diagnosticului nosologic în probleme de viaţă specifice pacientului (stabilirea listei de probleme).
- Identificarea factorilor etiopatogenetici relevanţi (şedinţa 2)

Mai precis:

- Şedinţa 1:
  - Interviu clinic semistructurat sau nestructurat (pentru detalii vezi David, 2006) în urma căruia se identifică probleme potenţiale – diagnostic probabil – ale pacientului. Se poate începe şi direct cu SCID, după o scurtă introducere.
  - Se administează probele psihologice din SEC asociate cu diagnosticul potenţial; unele pot fi date pentru completare acasă.
- Şedinţa 2:
  - Se administrează SCID
  - Se poate continua aplicarea probelor psihologice din SEC dacă acestea nu au fost completate sau dacă au apărut diagnostice noi în urma administrării SCID.
- Şedinţa 3:
  - Se integrează datele de la SCID şi SEC pentru a se formula conceptualizarea clinică – care ne spune (1) ce probleme are pacientul, (2) de ce au apărut şi (3) ce trebuie făcut pentru a le ameliora, iar apoi se poate implementa schema de tratament.

Strategii clinice de facilitare a utilizării SCID (vezi David, 2003; 2006a, 2006b)

Reguli facilitatoare ale diagnosticării şi evaluării clinice:

(1) alternarea întrebărilor deschise (mai ales la început) cu întrebări ţintite/închise (mai ales după stabilirea unei comunicări deschise şi fluente);
(2) comunicare nonverbală adecvată;
(3) reflectări empatice frecvente;
(4) atenţie la ce spune pacientul, dar şi la cum spune. Modul în care spune un lucru arată perspectiva lui asupra acestuia.

Tehnici de spargere a rezistenţelor

În timpul interviului clinic pot să apară o serie de rezistenţe din partea pacientului şi dificultăţi de comunicare în obţinerea de informaţii relevante pentru tratament. Sursele acestor rezistenţe sunt diverse:

(1) pacientul este prea grav afectat de boala sa pentru a susţine o comunicare relevantă;
(2) expectanţele sale faţă de terapeut sau terapie sunt nesatisfăcute: terapeut prea tânăr/bătrân; terapeut femeie/bărbat; cabinetul terapeutic sărăcăcios/luxos etc.;
(3) a fost adus împotriva voinţei lui (ex., ameninţat cu divorţul, cu pierderea pensiei, etc.).

În primul caz se apelează la obţinerea de informaţii de la familie, rude, care trebuie apoi coroborate pentru a avea o perspectivă unitară şi a le verifica reciproc. Această tehnică este utilă chiar în cazul în care pacientul poate fi intervievat, pentru a compara perspectiva pacientului cu cea a familiei sau rudelor etc.

În al doilea caz, spargerea rezistenţelor se bazează pe următoarea regulă susţinută de studii de psihologie socială (Gilbert şi colab.,1993): pe măsură ce pacientul împărtăşeşte clinicianului experienţe personale, acesta începe să fie perceput mai favorabil de către pacient. Aceasta înseamnă că este important ca pacientul să fie stimulat să vorbească, urmând ca atitudinea lui să se modifice pe măsură ce împărtăşeşte terapeutului tot mai multe elemente personale. Este indicată următoarea strategie clinică:

Terapeut: - Ce probleme sunt?
Pacient: - Uite ce este, nu am ceva personal cu tine, dar cred că eşti prea tânăr să mă înţelegi şi să mă ajuţi.
T: - Din cele ce îmi spuneţi, înţeleg că sunteţi dezamăgit să întâlniţi un terapeut prea tânăr (reflectare empatică a rezistenţei lui).
P: - Da, mă aşteptam la cineva mai matur, la vârstă mă refer.

T: - Cred că aveţi dreptate să gândiţi astfel. Toţi am dori, la necaz, să avem un om matur şi puternic lângă noi care să ne ajute (suntem de acord cu rezistenţa lui).
P: - Da.
T: - Am să încerc eu să vă ajut, recomandându-vă unui coleg mai în vârstă în care probabil veţi avea mai multă încredere. Dar pentru asta ar trebui să ştiu ce probleme sunt ca să vă pot recomanda cel mai bun terapeut pentru problemele respective. Deci ce necazuri sunt? (oportunitate de dialog).
P: - (de cele mai multe ori începe să împărtăşească problemele personale).

În al treilea caz, mecanismul angajat pentru spargerea rezistenţelor este de aceeaşi factură:

T: - Ce probleme sunt?
P: - Uite ce este, nu sunt nebun. De fapt, nici nu vreau să fiu aici, dar am venit de gura neveste – mii. Şi nu am nici o problemă!
T: - Înţeleg că trebuie să fiţi extrem de revoltat şi nemulţumit că aţi fost adus aici (reflectarea empatică a rezistenţei pacientului).
P: - Da.
T: - Oricine în locul dumneavoastră ar simţi la fel. Cred că şi eu aş fi extrem de revoltat să fiu dus undeva împotriva voinţei mele (suntem de acord cu rezistenţa lui). Dar oricum, cine v-a adus aici?
P: - Nevasta. De o lună mă tot bate la cap să vorbesc cu un psiholog.
T: - De ce credeţi că doreşte acest lucru?
P: - Crede că am tot felul de probleme. Dar eu nu am nici una, adică nu mai multe decât orice om.
T: - Totuşi mi se pare că aveţi o problemă mai ciudată (cu umor): cu soţia dvs., gândiţi cam diferit. Sau mă înşel? (oportunitate de dialog).
P: - A, nu cred că aveţi dreptate. Să vedeţi (pacientul începe să vorbească despre relaţia cu soţia, rezultând şi presupusele probleme pentru care soţia i-a cerut să meargă la un psiholog).

Aşadar, tehnicile pentru spargerea rezistenţelor urmează trei paşi principali:

(1) reflectarea empatică a rezistenţei pacientului;
(2) abordarea indirectă a pacientului;
(3) oferirea de întăriri pentru implicarea pacientului în procesul de diagnostic.

III. Platformă de Psihodiagnostic şi Evaluare Clinică Validate Ştiinţific (PEC)

Împreună, **SCID** [SCID-I CV, SCID-I RV/P, SCID-I RV/NP, SCID-I RV/PS, SCID-II (incluzând chestionarul de personalitate), KID-SCID] şi **SEC** constituie o **Platformă de Psihodiagnostic şi Evaluare Clinică Validate Ştiinţific** (evidence-based assessment) **(PEC),** cu implicaţii majore asupra tratamentului tulburărilor mentale, a tulburărilor care cuprind în etiopatogeneză factori psihologici şi în optimizarea şi promovarea sănătăţii. Ea reprezintă *the state of the art* în domeniu, în acest moment. Utilizarea PEC presupune cunoştinţe fundamentale de psihologie clinică şi psihodiagnostic şi se face în condiţiile respectării stricte a deontologiei profesionale. Universitatea Babeş-Bolyai – Institutul Internaţional de Studii Avansate în Psihoterapie şi Sănătate Mentală Aplicată – are drepturile exclusive pentru România pentru toate variantele SCID, pentru SEC şi platforma PEC.

IV. CONCLUZII

PEC (SEC + SCID) se constituie într-o tehnologie avansată în domeniul clinic (cercetare şi practică) care permite diagnosticul şi evaluarea clinică validate ştiinţific, ancorând utilizatorul în paradigma „scientist-practitioner", care îi asigură o practică clinică validată ştiinţific cu eficienţa maximă pe care o permite cunoaşterea actuală din domeniu.

Pentru întrebări suplimentare şi cursuri de formare în regim de educaţie continuă pentru utilizarea **PEC** vezi www.psychotherapy.ro

Prof. „Aaron T. Beck" univ. dr. Daniel DAVID
Universitatea Babeş-Bolyai, Cluj-Napoca
Institutul Internaţional de Studii Avansate
de Psihoterapie şi Sănătate Mentală Aplicată

INTERVIUL CLINIC STRUCTURAT PENTRU TULBURĂRILE CLINICE ALE SUGARULUI COPILULUI ŞI ADOLESCENTULUI (KID-SCID)

(text adaptat după Fredrick J. Matzner)

I. Aspecte generale

Interviul Clinic Structurat pentru DSM-IV, versiunea pentru Copii (KID-SCID), este un instrument semistructurat nou, proiectat pentru a genera diagnostice pediatrice conform Manualul de Diagnostic şi Statistică a Tulburărilor Mentale, care are la bază varianta pentru adulţi a SCID. Această primă versiune conţine module pentru Tulburările de Comportament Disruptiv, Episoadele Afective şi Psihotice, Tulburările Afective şi Psihotice, Tulburările Anxioase, Tulburările în Legătură cu Alcoolul şi Substanţele şi Tulburările de Adaptare.

KID-SCID este destinat spre a fi administrat de către clinicieni specializaţi în sănătate mintală şi permite diagnosticarea unor tulburări psihiatrice generale şi pediatrice în conformitate cu DSM-IV. Interviul este împărţit în mai multe module, fiecare modul evaluând o anumită clasă de tulburări. După secţiunea de cotare există un interviu general, urmat de modulele de diagnostic propriu-zise. Dacă consultaţi pagina A-1, veţi vedea modul în care e construit instrumentul. Acesta cuprinde trei coloane. Pe coloana din centru sunt listate cuvânt cu cuvânt criteriile DSM-IV pentru fiecare tulburare. Coloana din stânga cuprinde întrebările amorsă, destinate să-l ajute pe evaluator să stabilească măsura în care criteriile de pe coloana din mijloc sunt sau nu prezente. Este important de menţionat că judecata/discernământul clinic joacă un rol semnificativ în a stabili dacă aceste criterii sunt satisfăcute sau nu. Cu alte cuvinte, în cazul unui copil care prezintă o dispoziţie afectivă depresivă (tristeţe) evidentă, criteriul tristeţe va fi cotat ca „adevărat", chiar dacă el sau ea neagă că s-ar simţi trist/ă. În fine, coloana din dreapta conţine rubrici în care evaluatorul poate coda răspunsurile.

Răspundem mai jos câtorva întrebări cheie privind KID-SCID-ul (pentru detalii vezi http://www.scid4.org/scidfaq.htm).

Cine poate utiliza KID-SCID-ul?

Instrumentul poate fi utilizat de orice profesionist din domeniul sănătăţii mentale. El trebuie să aibă un training adecvat. Diagnosticul la care se ajunge pe baza interviului se utilizează în funcţie de profesia de bază. Fiind un diagnostic psihiatric el poate fi utilizat formal, cu implicaţii legale (ex. pentru înregistrare în sistemul medical etc.), doar de către medicul psihiatru. Ceilalţi profesionişti din domeniul sănătăţii mentale – inclusiv psihologii – îl pot utiliza doar ca ghid pentru practica profesională proprie şi/sau cercetare.

De unde pot obţine KID-SCID-ul şi ce tip de formare este necesar pentru a-l putea utiliza?

În România training-ul este oferit de „Institutului Internaţional de Studii Avansate în Psihoterapie şi Sănătate Mentală Aplicată" (International Institute for the Advanced Studies of Psychotherapy and Applied Mental Health; www.psychotherapy.ro) care deţine drepturile exclusive pentru România asupra acestui instrument. Institutul va permite utilizarea lui gratuită pentru cercetare, în condiţii clar specificate printr-o înţelegere între Institut şi utilizator.

II. Recomandări privind utilizarea KID-SCID

Mai jos sunt prezentate câteva recomandări de care evaluatorii trebuie să ţină cont în utilizarea KID-SCID:

Instrumentul este un suport în realizarea unei evaluări clinice obişnuite. Există pericolul de a cădea în capcana tratării KID-SCID ca pe un chestionar, codând pur şi simplu răspunsurile pacientului. Acest lucru este incorect. Întrebările amorsă constituie doar direcţii generale pentru stabilirea gradului de satisfacere a criteriilor. În realitate evaluatorul nu pune întrebări, ci stabileşte dacă sunt prezente criteriile. Astfel el ar trebui întotdeauna să se oprească şi să citească mai întâi coloana centrală pentru a înţelege ce trebuie să afle, iar apoi să abordeze întrebările amorsă din acea perspectivă. Unele dintre aceste întrebări duc direct la miezul problemei. De exemplu, în cazul Tulburării de Conduită, unul din criterii specifică: „minte adesea pentru a obţine bunuri sau favoruri (adică 'escrochează' pe alţii)". Prima întrebare amorsă evaluează însă doar dacă pacientul minte. Dacă răspunsul este „da", atunci întrebările amorsă următoare se focalizează asupra aspectului central al criteriului, şi anume „escrocarea" celorlalţi. Evaluatorii îşi vor spune invariabil „pacientul satisface criteriile, aşa că a trebuit să marchez 3 (adevărat), dar mi-am dat seama că de fapt nu e aşa (indiferent de diagnostic)". Acest lucru nu se va întâmpla dacă instrumentul este administrat corect.

Evaluatorul trebuie să țină cont de propriul discernământ în a stabili dacă evaluarea ca „3" este potrivită.

Prin urmare, se cotează itemii corespunzători criteriilor, nu răspunsurile la întrebări. Cu toate că sunt oferite întrebări structurate specifice pentru a facilita accesul la informația diagnostică, este important să se înțeleagă că evaluările/cotările KID-SCID vizează criteriile de diagnostic şi nu neapărat răspunsurile pacientului la întrebări. Deşi majoritatea întrebărilor din KID-SCID se pretează la răspunsuri simple de tip „da" sau „nu", de cele mai multe ori un „da" neelaborat nu oferă clinicianului suficientă informație pentru ca el să poată decide dacă un criteriu este satisfăcut. De regulă este nevoie ca pacientul să fie rugat să-şi elaboreze răspunsul sau să ofere exemple specifice.

Unul din punctele forte ale instrumentelor semistructurate față de cele structurate ține de faptul că evaluatorul poate să audă un „da" ca răspuns, dar să îl respingă dacă el consideră acest lucru adecvat din punct de vedere clinic. Cu alte cuvinte, interviurile complet structurate sunt obligate să accepte un „da". Aceasta înseamnă că ele vor fi prea generale, vor genera prea multe diagnostice, şi prea mulți falşi pozitivi. În cadrul unui interviu semistructurat, judecata clinică permite clinicianului să respingă diagnosticele care ar satisface teoretic criteriile dar care, de exemplu, nu cauzează o deteriorare semnificativă. Mulți copii se pot teme de clovni, dar clinicianul poate decide că aceştia nu prezintă o tulburare. Întrebările amorsă constituie doar sugestii. Asigurați-vă că părintele sau copilul înțelege întrebările. Adesea răspunsul va fi „uneori", aşa încât va trebui să mai investigați pentru a stabili de exemplu severitatea sau frecvența (ex. „Cât de des vă certați? Cât de grave sunt certurile?").

Judecata clinică include şi examenul statusului mental. Astfel, în cazul unui pacient care neagă problemele, dar care arată, să spunem, extrem de trist, criteriul de dispoziție tristă poate fi considerat ca satisfăcut. La fel în cazul hiperactivității – agitația evidentă se poate cota cu „3" chiar dacă pacientul o neagă.

Tabelul de codare/evaluare arată astfel:

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

„?" înseamnă „informație insuficientă", „1" înseamnă „fals", „2" înseamnă „sub prag" (acordați atenție acestei rubrici; majoritatea situațiilor de fidelitate scăzută apar atunci când un pacient este cu puțin sub sau puțin deasupra limitei), iar 3 înseamnă „adevărat cu siguranță". Mai precis:

? = Informația este inadecvată pentru a cota criteriul cu 1, 2 sau 3
De exemplu, se neagă prezența unui anumit simptom, care este însă sugerat de biletul de trimitere sau de internări anterioare. Atunci când informații ulterioare permit recodarea criteriului, se taie peste „?" şi se încercuieşte evaluarea corectă. De exemplu, itemul poate fi recodat în urma discuțiilor cu familia sau un terapeut anterior care confirmă prezența simptomului respectiv.

1 = Absent sau Fals
Absent. Simptomul descris în criteriu este în mod clar absent (de ex., nu există nicio dovadă de simptome de fobie socială).
Fals. Afirmația din criteriu este în mod clar falsă (de ex., este prezent doar unul din patru simptome necesare).

2 = Sub nivelul prag
Pragul pentru criteriu este aproape atins (ex., simptomul este prezent, dar nu este suficient de sever pentru a produce o afectare sau un distres marcat).

3 = Nivel prag sau Adevărat
Nivel prag. Pragul pentru criteriu este atins (ex., se admite existența unui simptom şi se oferă un exemplu convingător) sau este depăşit (ex., sunt oferite mai multe exemple convingătoare, în numeroase contexte). Cotarea cu „3" este justificată doar dacă s-a obținut o descriere sau un exemplu concludent sau dacă există dovezi, din comportamentul în timpul interviului sau din alte surse, că itemul satisface criteriile necesare cotării cu „3".

Exemplu: Pagina F21: dacă itemul **„Criteriile A, B, C, D, E şi F pentru Tulburarea de Stres Posttraumatic sunt codate cu 3"** este adevărat, el se cotează cu „3" (nivel prag sau adevărat), şi se va pune diagnosticul de *Tulburare de Stres Posttraumatic*. Dacă itemul nu este adevărat, el va fi cotat cu „1" (absent sau fals) şi se va trece la evaluarea Tulburării de *Anxietate Generalizată* (pagina F23).

Rândul „COP" din tabel este pentru codarea pe baza interviului cu copilul şi include toate sursele de informaţie din timpul interviului cu acesta, inclusiv, aşa cum am arătat mai sus, observaţiile evaluatorului asupra copilului. De la 9 ani în sus, un copil poate răspunde de obicei la întrebările amorsă. Cu cât copilul este mai mic, cu atât vă veţi baza mai mult pe observaţii pentru a stabili satisfacerea criteriilor.

Rândul „PAR" este pentru interviul cu părintele. Din nou, bazaţi-vă pe judecata/discernământul clinic, nu doar pe un „da" sau „nu" din partea părintelui. Mai ales în cazul copiilor mici, este recomandabil să intervievaţi părintele şi copilul împreună. Puneţi întrebări părintelui şi codaţi pe linia „PAR", în timp ce observaţi copilul şi codaţi pe linia „COP".

„ALT" (i.e. „altele") se referă la TOATE celelalte surse de informaţie, ca de exemplu, fişe medicale vechi, rapoarte ale profesorilor, prieteni, membrii ai familiei, etc.

La rubrica „OPT" (i.e. „optim") clinicianul sintetizează toată informaţia adunată. Dacă apar contradicţii, rămâne la latitudinea acestuia să decidă în ce măsură copilul satisface cu adevărat criteriile. Exact ca în orice interviu clinic obişnuit! Deoarece nimeni nu deţine un algoritm pentru a combina informaţiile obţinute de la părinţi, profesori şi copil, acest lucru depinde de dumneavoastră. Ţineţi minte că atât părinţii cât şi profesorii identifică aproximativ 10% dintre copii ca având probleme, dar este vorba de două eşantioane de 10% diferite! Fără suprapuneri! Rubrica „OPT" este cea care se utilizează pentru a stabili dacă pacientul prezintă tulburarea.

Încercaţi să realizaţi un interviu cât mai natural posibil. Citirea întrebărilor amorsă într-un mod rigid ca şi cum ar fi un sondaj de opinie va plictisi repede. Utilizaţi Secţiunea Imagine de Ansamblu pentru a cunoaşte copilul mai bine şi încercaţi să o parcurge ca pe o simplă discuţie. NU puneţi o întrebare al cărei răspuns îl ştiţi deja. Adesea părintele sau copilul vă va oferi şi alte informaţii atunci când răspunde la o întrebare (de ex., la întrebările despre coşmaruri răspunde că nu doarme bine). De asemenea, în cazul întrebării pentru Opoziţionismului Provocator privind blamarea celorlalţi, copilul poate oferi singur informaţia că nu minte niciodată. Prin urmare, nu va mai fi nevoie să puneţi întrebarea referitoare la minciună din secţiunea pentru Tulburarea de Conduită.

Acordaţi o atenţie deosebită instrucţiunilor din subsolul rubricii de codare. Dacă obţineţi un „1" într-un punct cheie, puteţi sări peste restul modulului. La începutul anumitor module se poate bifa „nu" şi trece peste modul în întregime. Modulul referitor la consumul de substanţe / alcool (G) reclamă, de asemenea, o atenţie deosebită. Codarea se face diferit, fiind prezentată la final. Această secţiune este complicată, iar clinicianul trebuie să se asigure că ştie ce face.

Deşi KID-SCID-ul complet este foarte lung, se întâmplă rar ca un interviu să dureze mai mult de şaizeci de minute. KID-SCID este conceput pentru a fi uşor de tolerat de către copii. Întrebările sunt naturale şi există posibilitatea de a sări peste unele secţiuni pentru a scurta lungimea interviului. De exemplu, dacă un copil neagă orice consum de substanţe sau alcool, aceste secţiuni sunt complet ignorate.

III. Caracteristici psihometrice ale KID-SCID

În procesul de elaborare KID-SCID au fost generate date pilot pentru a determina dacă fidelitatea inter-evaluatori e adecvată. Datele au indicat o fidelitate interevaluatori excelentă în cazul modulului Comportament Disruptiv, obţinându-se un coeficient de 0.84 pentru Tulburarea Opoziţionismului Provocator şi Tulburarea de Conduită, respectiv de 1 pentru ADHD.

În cadrul unui studiu preliminar care a avut ca obiectiv evaluarea fidelităţii test-retest pentru diagnosticele de Comportament Disruptiv şi Anxietate într-o populaţie clinică. (Matzner, Silva, Silvan, Chowdhury, & Nastasi, 1997), s-au obţinut următorii coeficienţi kappa:

- Tulburări de Comportament Disruptiv: Tulburarea de Hiperactivitate şi Deficit Atenţional: 0.84; Tulburarea de conduită: 0.84; Tulburarea Opoziţionismului Provocator: 0.63.
- Tulburări anxioase: Fobie Socială: 1.0; Tulburare de Anxietate de Separare: 0.66, şi Tulburare de Stres Posttraumatic: 0.44.

În prezent se află în desfăşurare un studiu mai extins, implicând un număr mai mare de copii din fiecare grupă de vârstă. Pe baza informaţiilor de care dispunem, putem spune că acest instrument este promiţător în raport cu scopul căruia i se adresează.

În România KID-SCID a fost adaptat de o echipă de profesionişti de la Institutul de Studii Avansate în Psihoterapie şi Sănătate Mentală Aplicată şi utilizat într-o serie de studii clinice controlate (vezi www.psychotherapy.ro), datele de fidelitate şi validitate obţinute fiind comparabile cu cele ale versiunilor în limba engleză. De exemplu, coeficienţii de concordanţă inter-evaluatori pentru versiunea în limba română a KID-SCID sunt cuprinşi între .69- .95.

BIBLIOGRAFIE

APsyA (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fourth edition). American Psychiatric Association: Washington.

Beck, J.S. (1995). Cognitive therapy: Basics and beyond. New York: Guilford Press.

Boloşiu, H.D. (1990). Semiologie medicală. Cluj-Napoca: Medex.

David, D. (2003). Castele de nisip. Bucureşti: Editura Tritonic.

David, D. (2006). Metodologia cercetării clinice. Fundamente. Iaşi: Editura Polirom.

David, D (2006a). Psihologie clinică şi psihoterapie. Fundamente. Iaşi: Editura Polirom.

David, D. (2006b). Tratat de psihoterapii cognitive şi comportamentale. Iaşi: Editura Polirom.

Ellis, A. (1994). Reason and emotion in psychotherapy. New York: Carol Publishing Group.

Gilbert, D. T., Tafarodi, R. W., & Malone, P. S. (1993). You can't not believe everything you read. Journal of Personality and Social Psychology, 65, 221-233.

Kaplan, H.I., si Sadock, B.J. (1998). Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry,

8th Edition. Baltimore : Williams and Wilkins.

Price, R.H., şi Lynn, S.J. (1981). Abnormal psychology in the human context. The Illinois: Dorsey Press.

Selye, H. (1976). The stress of life. New York: McGraw-Hill.

USDHHS (1999). Mental health: A report of the surgeon general-Executive Summary. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human services, Substance Abuse and Mental Health Services Health, National Institute of Mental Health.

INTERVIUL CLINIC STRUCTURAT PENTRU TULBURĂRILE CLINICE ALE SUGARULUI, COPILULUI ŞI ADOLESCENTULUI

KID-SCID

Denise Hien, Ph.D; Fredrick J. Matzner, M.D.;
Michael B. Frist, M.D.; Robert L. Spitzer, M.D.;
Miriam Gibbon, M.S.W.; şi Janet B.W. Williams, D.S.W.

Studiu: _____

Subiect: _____

Studiu nr.: _____

Evaluator nr.: _____

Evaluatorul este: Intervievator 1
Observator 2

Data interviului: _ _ _ _ _ _
Zi Lună An

Evaluare: Inițială 1
Reevaluare 2

Ora începerii _____

încheierii interviului _____

Surse de informație (bifați tot ceea ce corespunde)

____ Subiect
____ Părinte / Părinți
____ Profesori
____ Alte persoane (inclusiv cadre medicale, fişa medicală).

_____ Consultare cu:_____

Editat şi verificat de:_____

Data:
_____

INTERVIUL CLINIC STRUCTURAT PENTRU
TULBURĂRILE CLINICE ALE SUGARULUI, COPILULUI ŞI ADOLESCENTULUI

KID-SCID

Cuprins

Modul	**Pagina**
Fişa rezumativă	i
Întrebări Imagine de ansamblu	Imagine de ansamblu 1
Tulburările de comportament disruptiv - Modulul A	
Tulburarea de hiperactivitate / deficit de atenţie	A1
Tulburarea opoziţionismului provocator	A8
Tulburarea de conduită	A11
Episoade afective - Modulul B	
Episodul depresiv major curent	B1
Episodul maniacal curent	B6
Episodul hipomaniacal	B10
Tulburarea distimică	B14
Tulburarea afectivă datorată unei condiţii medicale generale	B18
Tulburarea afectivă indusă de o substanţă	B20B22
Specificanţi pentru episoadele afective	
Simptome psihotice - Modulul C	
Idei delirante	C1
Halucinaţii	C4
Alte simptome	C6
Simptome negative	C8
Tulburări psihotice - Diagnostic diferenţial Modulul D	
Schizofrenia	D1
Tulburarea schizofreniformă	D7
Tulburarea schizoafectivă	D9
Tulburarea delirantă	D10
Tulburarea psihotică datorată unei condiţii medicale generale	D14
Tulburarea psihotică indusă de o substanţă	D16
Tulburarea psihotică FAS	D18
Tulburarea afectivă curentă - Diagnostic diferenţial Modulul E	
Tulburarea bipolară I	E1
Tulburarea bipolară II	E2
Alte tulburări bipolare	E3
Tulburarea depresivă majoră	E4
Alte tulburări depresive	E5
Evoluţia longitudinală a dispoziţiei afective	E6
Subclasificarea episodului curent	E7

Tulburări anxioase - Modulul F
Anxietatea de separare F1
Fobia socială F5
Fobia specifică F8
Tulburarea obsesivo-compulsivă F12
Tulburarea de stres posttraumatic F16
Tulburarea de anxietate generalizată F23
Panica F26
Agorafobia fără istoric de panică F31
Anxietatea datorată unei condiții medicale generale F34
Tulburarea de anxietate indusă de o substanță F36
Tulburarea de anxietate FAS F38

Tulburările în legătură cu o substanță - Modulul G
Tulburările legate de consumul de alcool G1
Dependența de alcool G2
Abuzul de alcool G8
Tulburările datorate consumului de substanțe ne-alcoolice G10
Abuzul de substanțe G21

Tulburarea de adaptare - Modulul H

FIŞĂ REZUMATIVĂ KID-SCID

	informaţie inadecvată	absent	sub prag	nivel prag
TULBURĂRILE DE COMPORTAMENT DISRUPTIV				
Tulburarea hiperactivitate /deficit de atenţie (A7)	?	1	2	3

Subtip:

1	Tipul predominant de inatenţie
2	Tipul predominant hiperactiv-impulsiv
3	Tipul combinat

Tulburarea opoziţionismul provocator (A10)	?	1	2	3
Tulburarea de conduită (A15)	?	1	2	3

Subtip:

1	Tipul cu debut în adolescenţă
2	Tipul cu debut în copilărie

	informaţie inadecvată	absent	sub prag	nivel prag

TULBURĂRILE AFECTIVE

Tulburarea bipolară (E1) ? 1 2 3

Episodul curent:

- 1 maniacal
- 2 mixt
- 3 hipomaniacal
- 4 depresiv major
  - 1 nici melancolic nici atipic
  - 2 cu elemente melancolice
  - 3 cu elemente atipice
- 5 nespecificat

Severitatea episodului curent:

- 1 uşor
- 2 moderat
- 3 sever, fără elemente psihotice
- 4 cu elemente psihotice congruente cu dispoziţia
- 5 cu elemente psihotice incongruente cu dispoziţia

- 1 cu ciclare rapidă

Tulburarea bipolară II (E2) ? 1 2 3

- 1 hipomaniacală
- 2 depresie majoră
  - 1 nici melancolică nici atipică
  - 2 cu elemente melancolice
  - 3 cu elemente atipice

- 1 cu ciclare rapidă

	informaţie inadecvată	absent	sub prag	nivel prag

TULBURĂRILE AFECTIVE

Alte tulburări bipolare (E3) ? 1 2 3

- 1 tulburarea ciclotimică
- 2 episoade hipomaniacale intermitente
- 3 episod maniacal sau hipomaniacal suprapus peste o tulburare psihotică

Tulburarea depresivă majoră (E4) ? 1 2 3

- 1 uşoară
- 2 moderată
- 3 severă, fără elemente psihotice
- 4 cu elemente psihotice congruente cu dispoziţia
- 5 cu elemente psihotice incongruente cu dispoziţia

- 1 nici melancolică nici atipică
- 2 cu elemente melancolice
- 3 cu elemente atipice

Tulburarea distimică (B17) ? 1 2 3

- 1 debut timpuriu
- 2 debut tardiv

- 1 cu ciclare rapidă

	informaţie inadecvată	absent	sub prag	nivel prag

TULBURĂRILE AFECTIVE

Alte tulburări depresive (E5) ? 1 2 3

1	tulburarea depresivă postpsihotică a schizofreniei
2	episoade hipomaniacale intermitente
3	episod maniacal sau hipomaniacal suprapus peste o tulburare psihotică
4	tulburarea depresivă minoră
5	tulburarea depresivă recurentă de scurtă durată

Tulburarea afectivă datorată unei condiţii medicale generale (B19) ? 1 2 3
Specificaţi:_____

1	cu episod asemănător depresiei majore
2	cu elemente depresive
3	cu elemente maniacale
4	cu elemente mixte

Tulburarea afectivă indusă de o substanţă (B21) ? 1 2 3

1	cu elemente depresive
2	cu elemente maniacale
3	cu elemente mixte

	informație inadecvată	absent	sub prag	nivel prag

SCHIZOFRENIA ȘI ALTE TULBURĂRI PSIHOTICE

Schizofrenia (D3) ? 1 2 3

1	tip paranoid
2	tip catatonic
3	tip dezorganizat
4	tip nediferențiat
5	tip rezidual

Tulburarea schizofreniformă (D7) ? 1 2 3

1	cu elemente de prognostic bun
2	fără elemente de prognostic bun

Tulburarea schizoafectivă (D9) ? 1 2 3

1	tip depresiv
2	tip bipolar

Tulburarea delirantă (D11) ? 1 2 3

Tulburarea psihotică scurtă (D13) ? 1 2 3

	informație inadecvată	absent	sub prag	nivel prag
SCHIZOFRENIA ȘI ALTE TULBURĂRI PSIHOTICE (continuare)				
Tulburarea psihotică datorată unei condiții medicale generale (D15) Specificați:_____	?	1	2	3
1 cu idei delirante 2 cu halucinații				
Tulburarea psihotică indusă de o substanță (D17) Specificați: _____	?	1	2	3
1 cu idei delirante 2 cu halucinații				
Tulburarea psihotică FAS (D18)	?	1	2	3

	informație inadecvată	absent	sub prag	nivel prag
TULBURĂRILE ANXIOASE				
Anxietate de separare (F4)	?	1	2	3
Fobie socială (F7)	?	1	2	3
Fobie specifică (F10)	?	1	2	3
Tulburare obsesivo-compulsivă (F15)	?	1	2	3
Stres posttraumatic (F21)	?	1	2	3
Anxietate generalizată (F25)	?	1	2	3
Panică (F30)	?	1	2	3
Agorafobie fără istoric de panică (F32)	?	1	2	3

1	fără agorafobie
2	cu agorafobie

	informaţie inadecvată	absent	sub prag	nivel prag
TULBURĂRILE ANXIOASE (continuare)				
Tulburare anxioasă datorată unei condiţii medicale generale (F35)	?	1	2	3
1 cu atacuri de panică 2 cu anxietate generalizată				
Tulburare anxioasă indusă de o substanţă (F37)	?	1	2	3
1 cu atacuri de panică 2 cu anxietate generalizată				
Tulburare anxioasă FAS (F38)	?	1	2	3

	informaţie inadecvată	absent	abuz	dependenţă
TULBURĂRILE ÎN LEGĂTURĂ CU O SUBSTANŢĂ				
Alcool (G5-G9)	?	1	2	3
Sedative-hipnotice-anxiolitice (G17-G23)	?	1	2	3
Cannabis (G17-G23)	?	1	2	3
Opiacee (G17-G23)	?	1	2	3
Cocaină (G17-G23)	?	1	2	3
Halucinogene/PCP (G17-G23)	?	1	2	3
Polisubstanţă (G17-G23)	?	1	2	3
Alte substanţe (G17-G23)	?	1	2	3
TULBURARE DE ADAPTARE (H2)	?	1	2	3
Altă TULBURARE DE PE AXA I DSM	?	1	2	3

Specificaţi: _____

DIAGNOSTICUL PRINCIPAL PE AXA 1 - adică, tulburarea care este (sau ar trebui să fie) în centrul atenției:

_____

DIAGNOSTICUL INTERVIEVATORULUI, DACĂ E DIFERIT DE DIAGNOSTICUL KID-SCID:

_____ _____ _____

AXA V A DSM-IV: Scala de evaluare globală a funcţionării

Funcţionarea psihologică, socială şi profesională se consideră pe un continuum ipotetic de sănătate-maladie mentală. Nu se include deteriorarea în funcţionare datorată restricţiilor somatice (sau de mediu).

Indicaţi codul potrivit pentru cel mai SCĂZUT nivel de funcţionare de pe parcursul săptămânii cu CEA MAI SLABĂ funcţionare din ultima lună. (A se utiliza coduri intermediare, când sunt corespunzătoare, de ex., 45, 68, 72).

100
| **Funcţionare superioară într-un larg domeniu de activităţi, problemele de viaţă nu par a fi scăpat**
91 **vreodată din mână, este căutat de alţii pentru multele sale calităţi. Nici un simptom.**

90 **Simptome absente sau minime** (de ex., anxietate uşoară înaintea unui examen), **bună funcţionare în**
| **toate domeniile, interesat şi implicat într-o gamă largă de activităţi, eficient social, satisfăcut în**
81 **general de viaţă, nu mai mult decât probleme sau preocupări cotidiene** (de ex., o ceartă ocazională cu membrii familiei).

80 **Dacă sunt prezente simptome, acestea sunt reacţii de aşteptat şi tranzitorii la stresori psihosociali**
| (de ex., dificultăţi în concentrare după o ceartă în familie); **nu mai mult decât o uşoară deteriorare în**
71 **funcţionarea socială, profesională sau şcolară** (de ex., rămânere în urmă temporară în activitatea şcolară).

70 **Câteva simptome uşoare** (de ex., dispoziţie depresivă şi insomnie uşoară) **sau alte dificultăţi în**
| **funcţionarea socială, profesională sau şcolară** (de ex., chiul ocazional ori furt din casă) **dar, în**
61 **general, funcţionare destul de bună, are câteva relaţii interpersonale semnificative.**

60 **Simptome moderate** (de ex., afect plat şi limbaj circumstanţial, atacuri de panică ocazionale) **ORI**
| **dificultăţi moderate în funcţionarea socială, profesională sau şcolară** (de ex., puţini amici, conflicte
51 cu egalii sau cu colaboratorii).

50 **Simptome severe** (de ex., ideaţie suicidară, ritualuri obsesionale severe, furturi din magazine), **ORI**
| **deteriorare severă în funcţionarea socială, profesională sau şcolară** (de ex., nici un fel de amici,
41 incapabil să menţină un serviciu).

40 **O oarecare deteriorare a simţului realităţii sau în comunicare** (de ex., limbajul este uneori ilogic,
| obscur sau irelevant) **ORI deteriorare majoră în multe domenii, cum ar fi serviciul sau şcoala,**
31 **relaţiile de familie, judecata, gândirea sau dispoziţia** (de ex., omul depresiv evită amicii, îşi neglijează familia, este incapabil să muncească; copilul bate copiii mai mici ca el, este sfidător acasă, lipseşte de la şcoală).

30 **Comportamentul este considerabil influenţat de idei delirante sau de halucinaţii ORI există o**
| **serioasă deteriorare în comunicare sau în judecată** (de ex., uneori este incoerent, acţionează în mod
21 flagrant inadecvat, are preocupări suicidare) **ORI este incapabil să funcţioneze în aproape toate domeniile** (de ex., stă în pat toată ziua, nu are serviciu, locuinţă sau amici).

20 **Un oarecare pericol de a se vătăma pe sine sau pe alţii** (de ex., tentative de suicid fără urmărirea
| clară a morţii, frecvent violent, excitaţie maniacală) **ORI ocazional incapabil să menţină un**
11 **minimum de igienă personală** (de ex., miroase a fecale) **ORI deteriorare flagrantă în comunicare** (de ex., extrem de incoerent sau mut).

10 **Pericol persistent de vătămare severă a sa sau a altora** (de ex., violenţă recurentă) **ORI**
| **incapacitatea de a menţine o igienă personală minimă ORI act suicidar sever cu dorinţa clară de**
1 **a muri.**

0 **Informaţie inadecvată.**

IMAGINE DE ANSAMBLU

Îți voi pune niște întrebări despre diferite probleme pe care se poate să le fi avut și voi lua notițe pe măsură ce înaintăm. Ai întrebări înainte să începem?

DATE DEMOGRAFICE

SEX: 1. masculin
2. feminin

ETNIE:

Câți ani ai? VÂRSTA: ____ ____

Ai frați sau surori? (Ai copii? Câți?) _____

Unde locuiești? _____

Cine mai locuiește cu tine? _____

_____

EDUCAȚIE ȘI ISTORIC PROFESIONAL

EDUCAȚIE: 1. învățământ de masă
2. școală specială

La ce școală mergi? În ce clasă ești? _____

Clasa: ____ ____

Ești la o școală obișnuită sau la o școală specială ajutătoare?

Ai fost repetent/ă? (Când?) (De câte ori?) Număr de ani repetați: ____ ____

Ai renunțat la școală sau ai încetat să mai mergi pentru un timp? De ce? _____

_____

_____

_____

_____

Ai lucrat vreodată? Ce anume ai lucrat?
Lucrezi acum?

DACĂ DA: De cât timp lucrezi acolo?
Ce fel de muncă ai făcut?

IMAGINE DE ANSAMBLU A BOLII CURENTE

DATA INTERNĂRII ÎN INSTITUȚIE (INTERNAT SAU AMBULATOR) PENTRU BOALA CURENTĂ

Număr de săptămâni de la internare

1. < 1 săptămână
2. 1-4 săptămâni
3. > 4 săptămâni

Când ai venit la (spital, clinică, medic)?

ACUZE PRINCIPALE ȘI DESCRIEREA PROBLEMEI CARE CONSTITUIE MOTIVUL PREZENTĂRII

Ce te-a determinat să vii aici (de această dată)? (Care e problema principală care te deranjează?)

DACĂ NU DĂ DETALII DESPRE PROBLEMĂ:
Spune-mi mai multe despre aceasta. (Ce vrei să spui prin...)

DEBUTUL BOLII CURENTE SAU ACCENTUAREA ACESTEIA

De când a început problema? (Când ai observat pentru prima dată că ceva nu e în regulă?)

Când te-ai simțit bine ultima dată?

SIMPTOME NOI SAU RECURENTE

Este ceva nou sau ceva ce ai mai avut și înainte?

(Ce te-a determinat să cauți ajutor acum?)

FACTORI DE MEDIU ȘI POSIBILI FACTORI DE PRECIPITARE AI BOLII CURENTE SAU AI ACCENTUĂRII ACESTEIA (UTILIZAȚI ACESTE INFORMAȚII PENTRU CODAREA AXEI IV)

Cum era viața ta când au început problemele?

S-a întâmplat ceva sau s-a schimbat ceva când au început toate acestea? (Crezi că acestea au vreo legătură cu BOALA ta CURENTĂ?)

CURSUL BOLII CURENTE SAU AL EXACERBĂRII

Ce s-a întâmplat după ce a început? (Au mai început să te supere și alte lucruri?)

De când a început, când te-ai simțit cel mai rău?

DACĂ DE MAI MULT DE UN AN:
Când te-ai simțit cel mai rău în ultimul an?

ISTORICUL TRATAMENTULUI

Când ai fost pentru prima dată la cineva datorită unor probleme emoționale sau psihiatrice? (Pentru ce anume? Ce fel de tratament ai urmat? Ce medicamente ai luat?)

(POATE FI UTILIZAT „TRASEUL BIOGRAFIC" DE LA PAGINA 6 A PREZENTĂRII GENERALE PENTRU A REZUMA O ISTORIE COMPLICATĂ DE PSIHOPATOLOGIE ŞI TRATAMENT)

Ai fost vreodată pacient/ă al unui spital de psihiatrie?

Număr al spitalizărilor anterioare (nu includeți transferurile):
0
1
2
3
4
5 (sau mai multe)

DACĂ DA: Pentru ce anume? (De câte ori?)

DACĂ OFERĂ UN RĂSPUNS INADECVAT, PROVOCAȚI-L/O CU BLÂNDEȚE: de ex., Nu a fost pentru altceva? Oamenii nu merg de regulă la un spital de psihiatrie doar pentru că sunt obosiți sau nervoşi.

ALTE PROBLEME CURENTE

Ai avut alte probleme în ultima lună?

Cum te-ai simțit? (Fericit, trist, furios, speriat?)

Ai fost sănătos/sănătoasă din punct de vedere fizic?
Iei vreun medicament sau vitamine (altele decât cele despre care mi-ai spus deja)? (Ai avut vreo problemă medicală?) UTILIZAȚI ACESTE INFORMAȚII PENTRU CODAREA AXEI III.

Cât de mult (alcool) ai băut (în ultima lună)? Ai consumat droguri/ medicamente (în ultima lună)? (Dar marijuana, cocaină, alte droguri)

FUNCȚIONAREA SOCIALĂ CURENTĂ

Cum îți petreci timpul liber? _____

Cu cine îți petreci timpul? _____

_____

_____

CEL MAI PROBABIL DIAGNOSTIC CURENT: _____

_____

_____

_____

DIAGNOSTICE CARE TREBUIE EXCLUSE: _____

_____

_____

_____

TRASEUL BIOGRAFIC

Vârsta (sau data)	Eveniment	Simptome sau condiție	Tratament

A. TULBURĂRILE DE COMPORTAMENT DISRUPTIV
ÎN ACEASTĂ SECȚIUNE SUNT EVALUATE ADHD, ODD ȘI CD

SINDROMUL HIPERACTIVITATE-DEFICIT DE ATENȚIE

ACEASTĂ SECȚIUNE PRESUPUNE CA SIMPTOMELE SĂ FIE PREZENTE **DE CEL PUȚIN 6 LUNI**, ÎNTR-UN GRAD CARE ESTE DEZADAPTATIV ȘI DISCREPANT ÎN RAPORT CU NIVELUL DE DEZVOLTARE. TREBUIE SĂ APARĂ **ÎN CEL PUȚIN 2 LOCURI**.

SINDROMUL ADHD CURENT	CRITERIU ADHD
Îți voi pune câteva întrebări despre felul în care te porți.	A1: Inatenție: **Cel puțin șase** din următoarele simptome de inatenție au persistat **cel puțin șase luni** într-un grad care este dezadaptativ și discrepant în raport cu nivelul de dezvoltare:
Lucrurile mărunte care se întâmplă în jurul tău te fac să pierzi firul (să uiți, să te oprești) în ceea ce faci? (lucruri precum zgomotele de afară, mașinile care trec sau oamenii care vorbesc?) (dacă da, ce se întâmplă?) Odată ce ai pierdut firul, cât de greu îți este (cât de mult timp îți ia) ca să revii la ce făceai? DACĂ DA: Se întâmplă acest lucru (de 6 luni)*?	(a) este ușor de distras de stimuli irelevanți
Se plâng ceilalți oameni, de exemplu părinții sau profesorii, că nu asculți? Îți dai seama des că nu ai ascultat ceea ce spunea altcineva? DACĂ DA: Se întâmplă acest lucru (de 6 luni)*?	(b) adesea nu pare a asculta când i se vorbește direct
Îți este dificil să fii atent la școală? Dar când îți faci temele? Și când te joci sau faci ceva ce îți place cu adevărat... este greu să te concentrezi la ceea ce faci chiar și atunci? DACĂ DA: Se întâmplă acest lucru (de 6 luni)*?	(c) adesea are dificultăți în susținerea atenției asupra sarcinilor sau activităților de joc

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

* Exprimați printr-o expresie din care subiectul să înțeleagă că se referă la ultimele 6 luni (de ex., „din august" sau „în tot acest an școlar" etc.)

?=informație inadecvată 1=absent sau fals 2=sub prag 3=nivel prag sau adevărat

Faci multe greşeli din neatenţie (prosteşti, stupide)?

Se enervează des pe tine profesorii sau părinţii pentru neglijenţă sau pentru că uiţi mici detalii (lucruri) atunci când lucrezi?

Poţi să îmi dai un exemplu?

DACĂ DA: Se întâmplă acest lucru (de 6 luni)*?

(d) eşuează adesea în a da atenţia cuvenită detaliilor ori face erori prin neglijenţă în efectuarea temelor şcolare, la serviciu sau în alte activităţi

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

Este dificil să organizezi (să faci) lucruri care au mai mulţi paşi sau pe care trebuie să le faci într-un anumit fel? Lucruri ca respectarea unei reţete... sau un proiect de la şcoală... sau asamblarea unui model sau a unei jucării?

Care din lucrurile de acest tip sunt dificile pentru tine ?

DACĂ DA: Se întâmplă acest lucru (de 6 luni)*?

(e) adesea are dificultăţi în organizarea sarcinilor şi activităţilor

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

Ai probleme în a-ţi aminti lucrurile pe care trebuie să le faci într-o zi?

Ce fel de lucruri uiţi adesea?

Se plâng adesea profesorii sau părinţii că uiţi anumite lucruri?

DACĂ DA: Se întâmplă acest lucru (de 6 luni)*?

(f) adesea este uituc/ă cu privire la activităţile cotidiene

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

* Exprimaţi printr-o expresie din care subiectul să înţeleagă că se referă la ultimele 6 luni (de ex., „din august" sau „în tot acest an şcolar" etc.)

?=informaţie inadecvată 1=absent sau fals 2=sub prag 3=nivel prag sau adevărat

Pierzi adesea diverse lucruri? Ce fel de lucruri?

DACĂ NU: se plâng părinții tăi că întotdeauna îți pierzi lucrurile?

DACĂ DA: Se întâmplă acest lucru (de 6 luni)*?

(g) adesea pierde lucruri necesare pentru diferite sarcini sau activități (de ex., jucării, teme pentru acasă, creioane, cărți, instrumente)

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

Este dificil să duci la bun sfârșit lucrurile pe care ți le cer alții să le faci? Se plâng profesorii sau părinții că trebuie mereu să îți reamintească să termini atunci când îți faci temele sau alte sarcini?

DACĂ DA: Spune-mi mai multe despre asta... de ce se întâmplă? Pentru că nu vrei să faci? Sau nu înțelegi ce trebuie să faci?

DACĂ DA: Se întâmplă acest lucru (de 6 luni)*?

(h) adesea nu se conformează instrucțiunilor şi este incapabil/ă să-şi termine temele pentru acasă, sarcinile casnice sau obligațiile la locul de muncă (nedatorate comportamentului opozițional sau incapacității de a înțelege instrucțiunile)

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

Încerci adesea să nu îți faci temele, chiar şi atunci când părinții sau profesorii îşi doresc mult ca tu să încerci? Este greu să continui să lucrezi atunci când îți faci teme care presupun un timp mai îndelungat? Este dificil să înveți când eşti la şcoală? Ai dificultăți când trebuie să începi să faci diferite sarcini la şcoală sau temele de casă?

DACĂ DA: De ce se întâmplă acest lucru? Poți să îmi dai un exemplu?

DACĂ DA: Se întâmplă acest lucru (de 6 luni)*?

(i) adesea evită, se opune, nu este dispus/ă să se angajeze în sarcini care necesită un efort mental susținut (cum ar fi efectuarea temelor în clasă sau acasă)

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

CEL PUȚIN 6 DIN SIMPTOMELE DE LA A1 (INATENȚIE) CODATE „3"

1	2	3

Criteriile A1 satisfăcute

* Exprimați printr-o expresie din care subiectul să înțeleagă că se referă la ultimele 6 luni (de ex., „din august" sau „în tot acest an şcolar" etc.)

?=informație inadecvată 1=absent sau fals 2=sub prag 3=nivel prag sau adevărat

Îți voi pune în continuare întrebări despre momentele în care ești prea activ/ă și în care ți-e greu să stai liniștit/ă.

A.2. Hiperactivitate-Impulsivitate: **Cel puțin șase** din următoarele simptome de hiperactivitate-impulsivitate au persistat **cel puțin șase luni** într-un grad care este dezadaptativ și discrepant în raport cu nivelul de dezvoltare:

HIPERACTIVITATE:

Este foarte greu pentru tine să stai liniștit/ă mai mult decât câteva minute? Ceilalți, de exemplu profesorii sau părinții, îți spun adesea să stai liniștit/ă sau să nu te mai agiți?

(pentru adolescenți) Dacă ești undeva unde trebuie să stai liniștit/ă, începi să simți că nu ai stare ca și cum ai avea nevoia de a te mișca?

DACĂ DA: Se întâmplă acest lucru (de 6 luni)*?

(a) adesea se joacă cu mâinile sau cu picioarele sau se foiește pe scaun

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

Te ridici de multe ori de la locul tău când nu ar trebui?

Părinții sau profesorii trebuie să îți spună adesea să te așezi la loc?

DACĂ DA: Se întâmplă acest lucru (de 6 luni)*?

(b) adesea își părăsește locul în clasă sau în alte situații în care este de dorit să rămână așezat

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

Alergi mult în locuri în care nu ar trebui să faci asta... ca de exemplu în casă sau în clasă sau într-un magazin?

Te cațeri sau sari pe lucruri... ca de exemplu pe mobilă sau pe bancă? Des?

Părinții sau profesorii trebuie să îți spună tot timpul să o iei mai ușor... să nu mai alergi... să nu te mai cațeri pe lucruri?

DACĂ DA: Se întâmplă acest lucru (de 6 luni)*?

(c) adesea aleargă sau se cațără excesiv de mult, în situații în care acest lucru este inadecvat (la adolescenți sau la adulți, se poate limita la senzația subiectivă de neliniște)

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

* Exprimați printr-o expresie din care subiectul să înțeleagă că se referă la ultimele 6 luni (de ex., „din august" sau „în tot acest an școlar" etc.)

?=informație inadecvată 1=absent sau fals 2=sub prag 3=nivel prag sau adevărat

Îți e greu să te joci în liniște?
Îți spun ceilalți că ești prea zgomotos?

DACĂ DA: Se întâmplă acest lucru (de 6 luni)*?

(d) adesea are dificultăți în a se juca sau în a se angaja în activități distractive în liniște

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

Ești un copil căruia îi place să alerge tot timpul? Care jocuri îți plac mai mult: cele în care stai așezat/ă și te joci sau cele în care poți alerga?

DACĂ DA: Se întâmplă acest lucru (de 6 luni)*?

(e) este adesea „în continuă mișcare" sau acționează ca și cum „ar fi împins de un motor"

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

Ceilalți spun că vorbești tot timpul?
Crezi că vorbești prea mult?
Îți spun adesea ceilalți să taci?

DACĂ DA: Se întâmplă acest lucru (de 6 luni)*?

(f) adesea vorbește excesiv de mult

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

IMPULSIVITATE:

Spui adesea răspunsul în clasă înainte ca profesorul să își fi terminat întrebarea?
(Trebuie mereu să îți amintească profesorul să ridici mâna și să aștepți până ești numit/ă?)

DACĂ DA: Se întâmplă acest lucru (de 6 luni)*?

(g) adesea „trânteşte" răspunsuri înainte ca întrebările să fi fost complet formulate

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

Este greu să îți aștepți rândul când te joci sau când stai la coadă?
(Ce se întâmplă atunci când trebuie să îți aștepți rândul? Povestește-mi despre aceasta).

DACĂ DA: Se întâmplă acest lucru (de 6 luni)*?

(h) adesea are dificultăți în a-și aștepta rândul

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

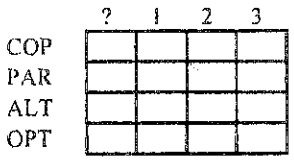
* Exprimați printr-o expresie din care subiectul să înțeleagă că se referă la ultimele 6 luni (de ex., „din august" sau „în tot acest an școlar" etc.)

?=informație inadecvată 1=absent sau fals 2=sub prag 3=nivel prag sau adevărat

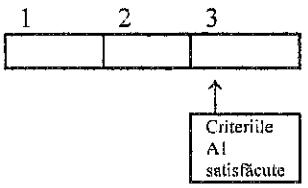
Îți spun adesea ceilalți că îi întrerupi? Intervii întotdeauna în joc înainte să fii invitat/ă?

DACĂ DA: Se întâmplă acest lucru (de 6 luni)*?

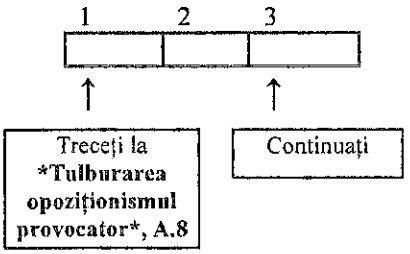
(i) adesea îi întrerupe sau îi deranjează pe alții (de ex., intervine în conversațiile sau jocurile altora)



CEL PUȚIN 6 DIN SIMPTOMELE A2 (HIPERACTIVITATE - IMPULSIVITATE) SUNT CODATE „3"

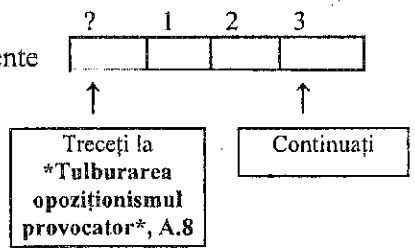


FIE A1 **FIE** A2 CODAT „3"



(DACĂ ESTE NECLAR): câți ani aveai când ți s-a întâmplat pentru prima dată să (numiți simptome din A1 şi A2)? Se întâmplau acestea când erai în clasa întâi? Dar la grădiniță? Înainte de asta?

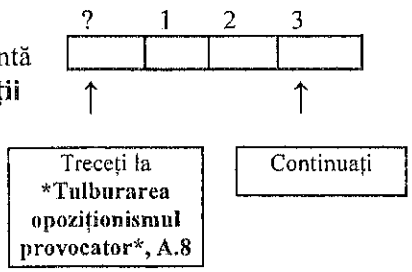
B. Unele simptome care au cauzat deteriorarea erau prezente **înainte de vârsta de 7 ani.**



(DACĂ ESTE NECLAR): vreuna dintre acestea (numiți simptomele) îți cauzează probleme în mai multe locuri, de exemplu acasă şi la şcoală?

Spune-mi mai multe despre asta.

C. O anumită deteriorare din cauza simptomelor este prezentă **în două sau mai multe situații** (de ex., la şcoală, la serviciu, acasă)



* Exprimați printr-o expresie din care subiectul să înțeleagă că se referă la ultimele 6 luni (de ex., „din august" sau „în tot acest an şcolar" etc.)

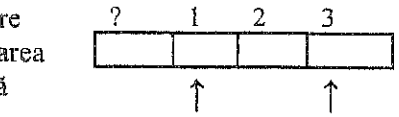
?=informație inadecvată 1=absent sau fals 2=sub prag 3=nivel prag sau adevărat

(DACĂ ESTE NECLAR): Aceste (simptome) te încurcă la şcoală sau îţi creează probleme mari acasă?

(Simptomele) te-au făcut vreodată cu adevărat nefericit/ă?

Povesteşte-mi mai multe despre asta.

D. Trebuie să existe o deteriorare semnificativă clinic în funcţionarea socială, şcolară sau profesională

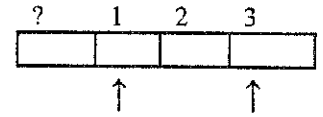


Treceţi la ***Tulburarea opoziţionismul provocator*, A.8**

Continuaţi

INTERVIEVATOR: ACEASTĂ ÎNTREBARE POATE SĂ NU FIE ADRESATĂ PÂNĂ NU S-AU ADMINISTRAT ALTE MODULE ADECVATE.

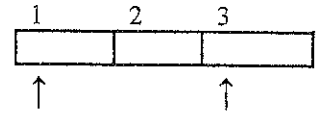
E. Simptomele nu survin exclusiv în cursul unei tulburări de dezvoltare pervazivă, al schizofreniei sau al altei tulburări psihotice şi nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală (de ex., de o tulburare afectivă, anxioasă, disociativă sau de personalitate).
Notă: Dacă tulburarea NU apare în timpul unuia din aceste diagnostice, codaţi „3".



Treceţi la ***Tulburarea opoziţionismul provocator*, A.8**

Continuaţi

CRITERIILE ADHD B, C, D ŞI E SUNT CODATE „3"



Treceţi la ***Tulburarea opoziţionismul provocator*, A.8**

TULBURAREA DE HIPERACTIVITATE -DEFICIT DE ATENŢIE

SUBTIPUL TULBURĂRII HIPERACTIVITATE-DEFICIT DE ATENŢIE

1. DACĂ A1 ESTE CODAT „3" ŞI A2 NU ESTE CODAT „3"
TIPUL ESTE **predominant de inatenţie**

2. DACĂ A2 ESTE CODAT „3" ŞI A1 NU ESTE CODAT „3"
TIPUL ESTE **predominant hiperactiv-impulsiv**

3. DACĂ ATÂT A1 CÂT ŞI A2 SUNT CODATE „3"
TIPUL ESTE **combinat**

Pentru persoanele (în special adolescenţi şi adulţi) care în mod curent au simptome care nu mai satisfac în întregime criteriile, trebuie specificat „în remisiune parţială".

* Exprimaţi printr-o expresie din care subiectul să înţeleagă că se referă la ultimele 6 luni (de ex., „din august" sau „în tot acest an şcolar" etc.)

?=informaţie inadecvată 1=absent sau fals 2=sub prag 3=nivel prag sau adevărat

TULBURAREA OPOZIȚIONISMUL PROVOCATOR

Îți voi pune în continuare niște întrebări despre felul în care te înțelegi cu ceilalți.

CRITERII PENTRU OPOZIȚIONISMUL PROVOCATOR

A: Un patern de comportament negativist, ostil și provocator care durează **cel puțin șase luni,** în timpul căruia sunt prezente **cel puțin patru** din următoarele:

Te enervezi des? Ce fel de lucruri te enervează?

DACĂ DA: Se întâmplă acest lucru (de 6 luni)*?

(1) adesea își pierde cumpătul

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

Te certi cu profesorii? Dar cu părinții? Cu alți adulți (vânzători, șoferi de autobuz)?

DACĂ DA: Se întâmplă acest lucru (de 6 luni)*?

(2) adesea se ceartă cu adulții

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

Faci ceea ce ți se spune? Părinții sau profesorii strigă mereu la tine pentru că nu faci ceea ce ar dori ei să faci? De ce? Pot să te convingă oamenii să faci lucruri pe care nu vrei să le faci?

DACĂ DA: Se întâmplă acest lucru (de 6 luni)*?

(3) adesea sfidează sau refuză în mod activ să se conformeze cererilor sau regulilor adulților

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

Se enervează adesea ceilalți din cauza ta? Faci anumite lucruri cu scopul de a-i enerva? De exemplu pe profesori? Dar pe părinți? Pe alți copii?

DACĂ DA: Se întâmplă acest lucru (de 6 luni)*?

(4) adesea îi agasează în mod deliberat pe alții

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

* Exprimați printr-o expresie din care subiectul să înțeleagă că se referă la ultimele 6 luni (de ex., „din august" sau „în tot acest an școlar" etc.)

?=informație inadecvată 1=absent sau fals 2=sub prag 3=nivel prag sau adevărat

Când te implici într-o ceartă sau într-o bătaie, cine începe de obicei?

Când ai probleme, se întâmplă pentru că ai făcut o greşeală sau este de regulă din vina altora? Părinții dau vina pe tine atunci când tu crezi că nu e vina ta? Dă-mi un exemplu.

Dai vina pe alții, de exemplu pe frate, soră sau un prieten, chiar şi atunci când știi că tu ai făcut acel lucru? Dă-mi un exemplu.

DACĂ DA: Se întâmplă acest lucru (de 6 luni)*?

(5) adesea blamează pe alții pentru propriile sale erori sau purtare rea

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

Te enervează sau te irită des ceilalți? Este uşor să fii scos din sărite? Povesteşte-mi despre asta.

DACĂ DA: Se întâmplă acest lucru (de 6 luni)*?

(6) adesea este susceptibil ori uşor de agasat de către alții

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

Rămâi nervos/oasă sau furios/oasă mult timp? Ceilalți spun despre tine că ai o atitudine rea sau că eşti „gata de atac"? Dacă te enervează un părinte sau un profesor, rămâi nervos/oasă sau te calmezi fără dificultate? Dar dacă te enervează un prieten? Rămâi furios/oasă mult timp? Povesteşte-mi despre asta.

DACĂ DA: Se întâmplă acest lucru (de 6 luni)*?

(7) adesea este furios şi plin de resentimente

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

Încerci să te răzbuni pe cei care te enervează? Povesteşte-mi despre asta.

DACĂ DA: Se întâmplă acest lucru (de 6 luni)*?

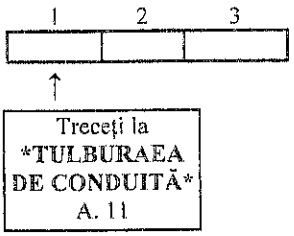
(8) adesea este ranchiunos şi vindicativ

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

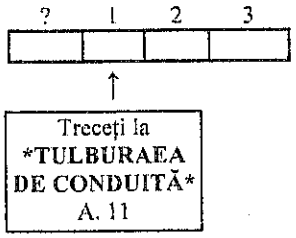
* Exprimați printr-o expresie din care subiectul să înțeleagă că se referă la ultimele 6 luni (de ex., „din august" sau „în tot acest an şcolar" etc.)

?=informație inadecvată 1=absent sau fals 2=sub prag 3=nivel prag sau adevărat

CEL PUȚIN 4 SIMPTOME „A" SUNT CODATE „3"

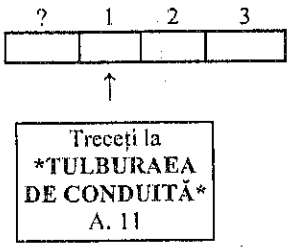


B. Perturbarea în comportament cauzează o deteriorare semnificativă clinic în funcționarea socială, școlară și profesională.



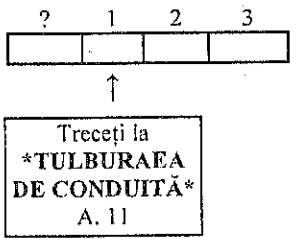
INTERVIEVATOR: ACEASTĂ ÎNTREBARE POATE SĂ NU FIE ADRESATĂ PÂNĂ NU S-AU ADMINISTRAT ALTE MODULE ADECVATE.

C. Comportamentele nu survin exclusiv în cursul evoluției unei tulburări psihotice sau afective. **Notă: Dacă tulburarea NU survine în cursul acestora codați „3".**

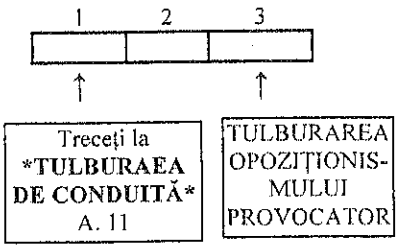


INTERVIEVATOR: ACEASTĂ ÎNTREBARE POATE SĂ NU FIE ADRESATĂ PÂNĂ NU S-AU ADMINISTRAT ALTE MODULE ADECVATE.

D. Nu sunt satisfăcute criteriile pentru tulburarea de conduită, și dacă individul este în vârstă de 18 ani sau mai mult, nu sunt satisfăcute criteriile pentru tulburarea de personalitate antisocială.



CRITERIILE PENTRU OPOZIȚIONISMUL PROVOCATOR A, B, C ȘI D SUNT CODATE „3"



* Exprimați printr-o expresie din care subiectul să înțeleagă că se referă la ultimele 6 luni (de ex., „din august" sau „în tot acest an școlar" etc.)

?=informație inadecvată 1=absent sau fals 2=sub prag 3=nivel prag sau adevărat

TULBURAREA DE CONDUITĂ

Îți voi pune acum câteva întrebări despre diferitele tipuri de încurcături în care se poate să fi intrat în ultimele șase luni.

A. Un patern repetitiv și persistent de comportament în care drepturile fundamentale ale altora, normele sau regulile sociale corespunzătoare vârstei sunt violate, manifestat prin prezența **a trei** (sau mai multe) din următoarele criterii **în ultimele 12 luni**, cu **cel puțin un criteriu prezent în ultimele 6 luni:**

Ai lipsit des de la școală?

DACĂ DA: Ce ai făcut în loc să mergi la școală? De câte ori ai făcut asta în ultimele șase luni*? (CODAȚI „3" DACĂ S-A ÎNTÂMPLAT DE 2 SAU DE MAI MULTE ORI ÎN ULTIMA LUNĂ) Câți ani aveai când ai început să lipsești de la școală?

DACĂ ESTE ANGAJAT: Ai lipsit adesea de la servici fără motiv?

DACĂ DA: Cât de des?

(1) chiulește adesea de la școală, începând dinainte de vârsta de 13 ani (pentru persoanele angajate, absent de la locul de muncă)

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

Ți se întâmplă des să mai stai afară după ora la care ar trebui să fii acasă?

DACĂ DA: De câte ori ai făcut acest lucru în ultimele șase luni? Câți ani aveai când ai început să ai probleme pentru acest lucru?

(2) adesea lipsește de acasă noaptea în ciuda interdicției părinților, începând dinainte de vârsta de 13 ani

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

Ai fugit vreodată de acasă, dormind altundeva?

DACĂ DA: De ce ai fugit? (A fost numai pentru că cineva de acasă ți-a făcut rău?)

(DACĂ ESTE NECLAR: S-a întâmplat de mai multe ori? Cât timp ai stat departe?)

(3) a fugit de acasă noaptea de cel puțin două ori în timp ce locuia în casa părintească sau a substitutului parental (sau o dată, fără a reveni acasă o lungă perioadă de timp)

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

* Exprimați printr-o expresie din care subiectul să înțeleagă că se referă la ultimele 6 luni (de ex., „din august" sau „în tot acest an școlar" etc.)

?=informație inadecvată 1=absent sau fals 2=sub prag 3=nivel prag sau adevărat

Minți mult?

DACĂ DA: (Ai mințit adesea sau ai „prostit" pe cineva ca să scapi de ceea ce trebuia să faci?)

DACĂ DA: Dă-mi te rog câteva exemple. (Ai mințit acasă doar pe cineva care ți-a făcut rău?) Ai mințit mai des decât o dată pe săptămână în ultimele șase luni? *

DACĂ NU: Ai încălcat adesea promisiunile făcute? (S-a întâmplat des în ultimele șase luni?)

(4) minte adesea pentru a obține bunuri sau favoruri ori pentru a evita anumite obligații (adică, „escrochează" pe alții)

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

Îi obligi adesea pe copii să facă ceea ce dorești tu, chiar pe copiii mai mici decât tine?

DACĂ DA: Spune-mi mai multe despre ceea ce faci.

Ceilalți copii, profesorii sau părinții îți spun că ești bătăuș/ă?

(S-a întâmplat acest lucru cel puțin o dată pe lună în ultimele șase luni?)

(5) adesea tiranizează, amenință sau intimidează pe alții

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

Inițiezi adesea bătăi în care împingi sau lovești alți copii?

DACĂ DA: Poți să îmi dai un exemplu? Ce se întâmplă când te bați? Câte astfel de bătăi ai avut în ultimele șase luni? (CODAȚI CU „3" DACĂ AU FOST DOUĂ SAU MAI MULTE)

(6) inițiază adesea bătăi

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

Ai făcut vreodată lucruri rele cu intenția de a răni pe cineva, ca de exemplu a răsuci mâna, a lovi foarte tare sau a împinge brutal? S-a plâns cineva că ești o persoană crudă sau rea?

DACĂ DA: Spune-mi ce ai făcut. S-a întâmplat acest lucru în ultimele șase luni? *

(7) a fost crud fizic cu alți oameni

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

* Exprimați printr-o expresie din care subiectul să înțeleagă că se referă la ultimele 6 luni (de ex., „din august" sau „în tot acest an școlar" etc.)

?=informație inadecvată 1=absent sau fals 2=sub prag 3=nivel prag sau adevărat

Ai utilizat vreodată o armă pentru a răni pe cineva, cum ar fi un băţ, o cărămidă, o sticlă spartă, un cuţit sau o armă de foc?	(8) a făcut uz de o armă care poate cauza o vătămare corporală serioasă altora (de ex., băţ, cărămidă, sticlă spartă, cuţit, armă de foc)	? 1 2 3 COP PAR ALT OPT
Ai furat vreodată de la cineva sau ai comis acte de vandalism? DACĂ DA: Povesteşte-mi mai mult despre acest lucru. Ai făcut acest lucru în ultimele şase luni? * DACĂ NU: Ai forţat vreodată pe cineva să îţi dea un lucru pe care îl doreai?	(9) a furat prin confruntare cu victima (de ex., furt din poşete, estorcare, atac cu mâna armată)	? 1 2 3 COP PAR ALT OPT
Ai forţat vreodată pe cineva să aibă activităţi sexuale, ca de exemplu să se dezbrace şi să îţi arate părţile intime sau să îţi atingă părţile intime, când acesta/aceasta nu dorea? (ai forţat pe cineva vreodată să facă sex cu tine?) DACĂ DA: Ai făcut acest lucru în ultimele şase luni? *	(10) a forţat pe cineva să aibă activitate sexuală	? 1 2 3 COP PAR ALT OPT
Ai lovit sau ai torturat vreodată intenţionat un animal? DACĂ DA: Ce ai făcut? S-a întâmplat acest lucru în ultimele şase luni? *	(11) a fost crud fizic cu animalele	? 1 2 3 COP PAR ALT OPT

* Exprimaţi printr-o expresie din care subiectul să înţeleagă că se referă la ultimele 6 luni (de ex., „din august" sau „în tot acest an şcolar" etc.)

?=informaţie inadecvată 1=absent sau fals 2=sub prag 3=nivel prag sau adevărat

Ai furat vreodată din magazin sau de la un membru al familiei când nu era nimeni în jur să te vadă?

DACĂ DA: Ce fel de lucruri ai furat? Cât de valoroase erau? S-a întâmplat acest lucru în ultimele şase luni?

DACĂ NU: Dar ai semnat cu numele altcuiva ca să obţii bani sau alte lucruri în ultimele şase luni?

(12) a furat lucruri de valoare mare fără confruntare cu victima (de ex., furt din magazine, dar fără efracţie, plastografie)

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

Ai spart vreodată casa sau maşina cuiva sau vreo clădire?

DACĂ DA: Povesteşte-mi mai mult despre asta. S-a întâmplat în ultimele şase luni?

(13) a intrat prin efracţie în casa, dependinţele sau autoturismul cuiva

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

Ai dat vreodată foc ca să distrugi ceva de valoare sau ca să răneşti intenţionat pe cineva?

DACĂ DA: Povesteşte-mi mai mult despre ce ai făcut. Ai făcut acest lucru în ultimele şase luni?

(14) s-a angajat deliberat în incendieri cu intenţia de a cauza un prejudiciu serios

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

Ai rupt sau ai distrus vreodată intenţionat lucruri care nu erau ale tale, ca de exemplu ferestre sau lucruri care aparţineau altor copii?

DACĂ DA: Povesteşte-mi mai mult despre ce ai făcut. Ai făcut ceva de acest gen în ultimele şase luni?

(15) a distrus deliberat proprietatea altora (altfel decât prin incendiere)

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

CEL PUŢIN 3 DINTRE SIMPTOMELE DE LA A SUNT CODATE „3" ŞI CEL PUŢIN UN SIMPTOM DE LA A A FOST PREZENT ÎN ULTIMELE ŞASE LUNI

1	2	3

↑ ↑

Criteriile A îndeplinite

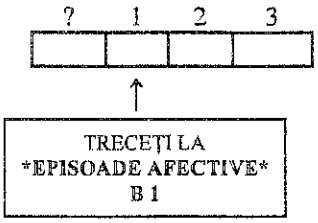
TRECEŢI LA MODULUL URMĂTOR *EPISOADE AFECTIVE* B 1

* Exprimaţi printr-o expresie din care subiectul să înţeleagă că se referă la ultimele 6 luni (de ex., „din august" sau „în tot acest an şcolar" etc.)

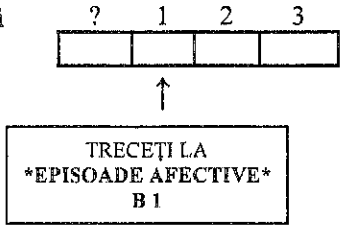
?=informaţie inadecvată 1=absent sau fals 2=sub prag 3=nivel prag sau adevărat

DACĂ NU SE ŞTIE: Câți ani ai acum?

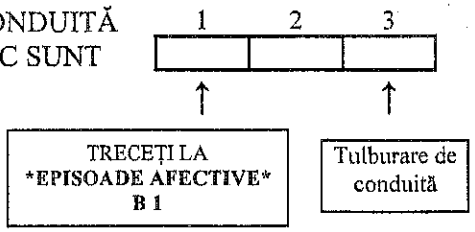
B. Perturbarea în comportament cauzează o deteriorare semnificativă clinic în funcționarea socială, școlară sau profesională.



C. Dacă persoana este în vârstă de 18 ani sau mai mult, nu satisface criteriile pentru tulburarea de personalitate antisocială.



TULBURARE DE CONDUITĂ
CRITERIILE A, B ŞI C SUNT CODATE „3"



Câți ani aveai când ai început să faci mai multe din aceste lucruri, cum ar fi (ENUMERAȚI SIMPTOMELE), despre care tocmai am vorbit?

CODAȚI VÂRSTA LA DEBUT _____ _____

SUBTIPUL TULBURĂRII DE CONDUITĂ PE BAZA VÂRSTEI LA DEBUT

1. ABSENȚA ORICĂREI PROBLEME DE CONDUITĂ ÎNAINTE DE VÂRSTA DE 10 ANI
TIPUL **cu debut în adolescență**

2. INSTALAREA CEL PUȚIN A UNEI PROBLEME DE CONDUITĂ ÎNAINTE DE VÂRSTA DE 10 ANI
TIPUL **cu debut în copilărie**

DACĂ E NECESAR, ÎNTOARCEȚI-VĂ LA TULBURAREA OPOZIȚIONISMUL PROVOCATOR, A 10

* Exprimați printr-o expresie din care subiectul să înțeleagă că se referă la ultimele 6 luni (de ex., „din august" sau „în tot acest an școlar" etc.)

?=informație inadecvată 1=absent sau fals 2=sub prag 3=nivel prag sau adevărat

INSTRUCȚIUNI PENTRU INTERVIEVATOR: ÎN ACEASTĂ SECȚIUNE, SUNT EVALUATE EPISODUL DEPRESIV MAJOR, EPISODUL MANIACAL, EPISODUL HIPOMANIACAL ȘI TULBURAREA DISTIMICĂ. DIAGNOSTICUL SE PUNE LA **E. TULBURĂRI AFECTIVE** (CU EXCEPȚIA TULBURĂRII DISTIMICE, CARE ESTE DIAGNOSTICATĂ ÎN ACEST MODUL).

EPISODUL DEPRESIV MAJOR CURENT

Îți voi pune acum câteva întrebări despre dispoziția ta afectivă.

CRITERII EPIDOD DEPRESIV MAJOR

A. Cel puțin **cinci** din următoarele simptome au fost prezente **în cursul aceleiași perioade de două săptămâni** și reprezintă o schimbare față de funcționarea anterioară; cel puțin **unul** dintre simptome este fie (1) dispoziție depresivă, fie (2) pierderea interesului sau a plăcerii.

În ultima lună...

... a existat vreo perioadă de timp în care te-ai simțit trist/ă sau supărat/ă aproape toată ziua în fiecare zi? (Cum a fost?)
DACĂ DA: Cât a durat? (două săptămâni?)

DACĂ NU: Dar te-ai simțit foarte iritat/ă sau morocănos /oasă?

(1) dispoziție depresivă cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi, indicată fie prin relatare personală (de ex. se simte trist sau inutil) sau prin observație făcută de alții (de ex. pare înlăcrimat). **Notă: la copii și adolescenți, dispoziția poate fi iritabilă**

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

... ai fost mai puțin interesat/ă de lucrurile din jur sau incapabil/ă să te bucuri de lucrurile de care te bucurai înainte?
DACĂ DA: Cât a durat? (două săptămâni?)

(2) diminuarea marcată a interesului sau plăcerii pentru toate sau aproape toate activitățile, cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi (după cum este indicat fie prin relatare personală, fie prin observații făcute de alții)

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

Dacă nici itemul (1), nici itemul (2) nu sunt codați „3", treceți la **Episodul maniacal, B6**

NOTĂ: NU SE INCLUD SIMPTOMELE CARE SE DATOREAZĂ ÎN MOD EVIDENT UNEI CONDIȚII MEDICALE, UNOR IDEI DELIRANTE SAU HALUCINAȚII, INCOERENȚEI SAU PIERDERII EVIDENTE A CAPACITĂȚII DE A REALIZA ASOCIAȚII, SAU CARE FAC PARTE ÎN MOD EVIDENT DIN FAZELE REZIDUALE SAU PRODROMALE ALE SCHIZOFRENIEI.

?=informație inadecvată 1=absent sau fals 2=sub prag 3=nivel prag sau adevărat

În această perioadă...
... ai slăbit?
... te-ai îngrăşat? (Cât?) (Ai încercat să slăbeşti?)

PENTRU PĂRINŢI: A slăbit copilul dvs. atât de mult încât a intrat sub observaţia unui medic?

DACĂ NU: Ţi s-a făcut foame şi ai mâncat tot? (Dar dacă facem comparaţie cu cât mănânci de obicei?) (Au trebuit să te forţeze părinţii să mănânci?) (Mănânci [mai mult/mai puţin] decât de obicei?)

(3) pierdere semnificativă în greutate, deşi nu ţine dietă, sau luare în greutate (de ex., o modificare de mai mult de 5% din greutatea corpului într-o lună) ori scădere sau creştere a apetitului aproape în fiecare zi. Notă: la copii se ia în considerare incapacitatea de a atinge plusurile ponderale expectate.

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

...cum a fost somnul tău? (Adormi greu, te trezeşti des, e greu să dormi neîntrerupt, te trezeşti prea devreme sau dormi prea mult? Câte ore dormi pe noapte în comparaţie cu cât dormeai de obicei? S-a întâmplat aproape în fiecare noapte?)

(4) insomnie sau hipersomnie aproape în fiecare zi

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

... ai fost atât de agitat/ă încât nu puteai să stai într-un loc? (Au observat şi alţi oameni? S-a întâmplat aproape în fiecare zi?)

DACĂ NU: Dar contrariul – te-ai mişcat sau ai vorbit mai încet decât e normal pentru tine? (Au observat şi alţi oameni? S-a întâmplat aproape în fiecare zi?)

(5) agitaţie sau lentoare psihomotorie aproape în fiecare zi (observabilă de către alţii, nu numai senzaţiile subiective de nelinişte sau lentoare). **Notă: Se ia în considerare comportamentul din timpul interviului.**

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

... ţi-a scăzut energia? (Ai fost obosit/ă tot timpul? Aproape în fiecare zi?)

(6) fatigabilitate sau lipsă de energie aproape în fiecare zi

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

În această perioadă...

... cum te-ai simțit? (Fără valoare?) (Te-ai simțit ca fiind o persoană rea care a făcut lucruri rele?) (Aproape în fiecare zi?)

DACĂ NU: Te-ai simțit vinovat/ă pentru lucruri pe care le-ai făcut sau pe care nu le-ai făcut? (Aproape în fiecare zi?)

(7) sentimente de inutilitate sau de culpă excesivă sau inadecvată

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

... ai avut dificultăți în a gândi, în a te concentra sau în a fi atent/ă? (Ai avut probleme din această cauză la școală?) (Aproape în fiecare zi?)

DACĂ NU: A fost dificil să iei decizii referitoare la lucruri de zi cu zi? (Aproape în fiecare zi?)

(8) diminuarea capacității de a gândi sau de a se concentra ori indecizie aproape în fiecare zi (fie prin relatare personală, fie observată de alții)

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

... a fost atât de rău încât te-ai gândit mult la moarte sau la faptul că ar fi mai bine să fii mort/moartă? Te-ai gândit să te rănești?
DACĂ DA: Te-ai rănit în vreun fel?

(9) gânduri recurente de moarte (nu doar teama de moarte), ideație suicidară recurentă, fără un plan anume sau tentativă de suicid ori un plan anume pentru comiterea suicidului. **Notă: Se codează „1" pentru automutilare fără intenție suicidară.**

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

1	2	3

↑

CEL PUȚIN **CINCI** DINTRE SIMPTOMELE DE MAI SUS (A 1-9) SUNT CODATE „3", CEL PUȚIN **UNUL** DINTRE ACESTEA ESTE ITEMUL (1) SAU (2), IAR SIMPTOMELE AU AVUT LOC PE PARCURSUL ACELEIAȘI PERIOADE DE DOUĂ SĂPTĂMÂNI.

Treceți la **Episodul maniacal, B6**

Cât de mult ți-a afectat (episodul depresiv/ **echivalentul personal**) viața, de exemplu la școală sau cu prietenii?

(A fost dificil să stai la școală sau să te înțelegi cu ceilalți copii, cu profesorii sau cu părinții tăi?)
DACĂ NU INTERFEREAZĂ: Cât de mult te-a deranjat?

B. Simptomele cauzează distres sau o deteriorare clinică semnificativă în domeniul social, ocupațional sau în alte arii importante de funcționare.

?	1	2	3

↑

Treceți la **Episodul maniacal, B6**

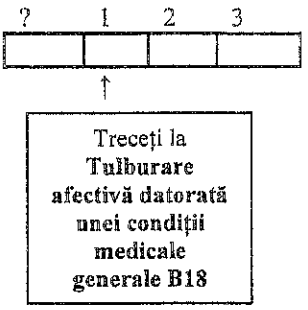
?=informație inadecvată 1=absent sau fals 2=sub prag 3=nivel prag sau adevărat

Ai fost bolnav în timp ce ai avut aceste probleme?

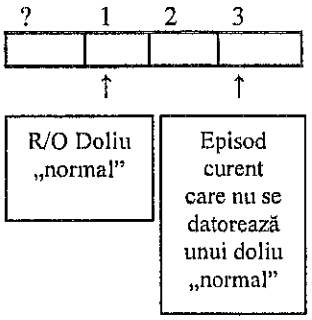
Ai luat droguri sau medicamente care ar putea avea o legătură cu (episodul depresiv /**echivalentul personal**)?

DACĂ RĂSPUNSUL ESTE „DA" LA ORICARE DINTRE ACESTE ÎNTREBĂRI, AFLAȚI DACĂ EPISODUL DEPRESIV S-A DATORAT UNEI TULBURĂRI INDUSE DE O SUBSTANȚĂ SAU UNEI TULBURĂRI AFECTIVE SECUNDARE

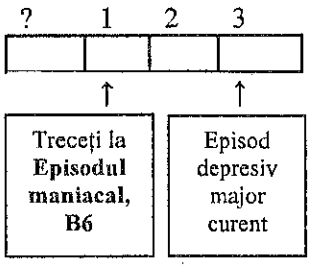
C. Nu se datorează efectelor directe ale unei substanțe (de ex., droguri de abuz, medicamente) sau ale unei condiții medicale generale (de ex., hipertiroidism). **Notă: Dacă tulburarea NU apare pe parcursul acestor diagnostice, codați „3".**



D. Nu apare pe parcursul a două luni de la pierderea cuiva drag (cu excepția situației în care este asociată cu o deteriorare semnificativă a funcționării, cu o preocupare morbidă față de inutilitate, ideație suicidară, simptome psihotice sau lentoare psihomotorie).
Notă: Dacă tulburarea NU apare pe parcursul acestui doliu „normal", codați „3".



CRITERIILE A, B, C ȘI D PENTRU EPISODUL DEPRESIV MAJOR SUNT CODATE „3"



De câte ori te-ai simţit (deprimat/ă /**echivalentul personal**) aproape în fiecare zi pentru cel puţin două săptămâni şi ai avut mai multe probleme din cele pe care mi le-ai descris (simptomele celui mai grav episod)?

Numărul total de episoade depresive majore, inclusiv cel curent (CODAŢI 99 DACĂ SUNT PREA MULTE PENTRU A PUTEA FI NUMĂRATE SAU DACĂ SUNT INDISTINCTE) ____ ____

DACĂ E NECLAR: Câţi ani aveai când ai început să ai (simptomele) pentru cel puţin două săptămâni? (S-a întâmplat când erai în clasa întâi? La grădiniţă? Înainte de asta?)

Vârsta la primul episod depresiv major neechivoc (CODAŢI 99 DACĂ ESTE NECUNOSCUTĂ) _____

↑

Treceţi la **Episodul maniacal, B6**

EPISODUL MANIACAL CURENT

Au fost momente în ultimul timp în care te-ai simțit atât de bine sau de plin de energie încât ceilalți s-au gândit că nu ești ca de obicei sau ai fost atât de activ/ă încât ai intrat în încurcături? (A fost mai mult decât a te simți bine?)

DACĂ NU: Dar te-ai înfuriat tot timpul, ai strigat la ceilalți sau te-ai certat?

(Ai strigat la persoane pe care nu le cunoști?)

A. O perioadă distinctă de dispoziție crescută, expansivă sau iritabilă anormală sau persistentă...

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

Treceți la **Episodul hipomaniacal B10**

Povestește-mi despre asta. Cum a fost?

Cât de mult a durat?

Când ai fost cel mai (ECHIVALENTUL PERSONAL PENTRU EUFORIE SAU IRITABILITATE)?

DATA:

... care durează **cel puțin o săptămână** (sau **de orice durată** dacă este necesară spitalizarea)

DACĂ ESTE DOAR DISPOZIȚIE IRITABILĂ, BIFAȚI AICI DUPĂ CE AȚI CODAT „3" MAI SUS _____

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

Treceți la **Episodul hipomaniacal B10**

ÎNTREBAȚI DESPRE SIMPTOMELE ASOCIATE PENTRU CEA MAI REA /GRAVĂ PERIOADĂ A EPISODULUI CURENT

(în această perioadă...)

... ce ai crezut despre tine?

(Ai crezut că poți face orice?)
(Ai crezut că ai puteri speciale?)

B. În timpul perioadei de perturbare a dispoziției, trei (sau mai multe) dintre următoarele simptome au persistat (patru dacă dispoziția este numai iritabilă) și au fost prezente într-un grad semnificativ::

(1) stimă de sine exagerată sau grandoare

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

... ai avut nevoie de mai puțin somn decât de obicei? Ai stat treaz/ă până târziu şi te-ai trezit devreme)
DACĂ DA: Simțeai că ai dormit destul?

(2) scăderea necesității de somn (de ex., se simte refăcut după numai trei ore de somn)

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

... ai vorbit mult; mai mult decât de obicei? (Ceilalți te opreau cu greu sau aveau dificultăți în a te înțelege? Ceilalți nu au reuşit să scoată nici un cuvânt?)

(3) mai locvace decât în mod uzual sau se simte presat să vorbească continuu.

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

... îți alergau gândurile în cap? (Ți se părea că vorbeşti prea repede în minte şi nu te poți opri?)

(4) fugă de idei sau experiența subiectivă că gândurile sunt accelerate

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

... ai avut dificultăți în a fi atent/ă când trebuia? Ceea ce se întâmpla în jur te distrăgea?

(5) distractibilitate (adică atenția este atrasă prea uşor de stimuli externi fără importanță sau irelevanți)

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

...cum ți-ai petrecut timpul (şcoală, prieteni, hobbyuri)? (Ai făcut atâtea lucruri încât prietenii sau familia erau îngrijorați?)

(6) creşterea activității orientate spre un scop (fie în societate, la serviciu sau la şcoală, sau din punct de verede sexual) sau agitație psihomotorie

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

?=informație inadecvată 1=absent sau fals 2=sub prag 3=nivel prag sau adevărat

... ai făcut ceva care ar fi putut cauza probleme pentru tine sau familia ta? Ai făcut lucruri plăcute, însă prea mult? (Ţi-ai cumpărat lucruri de care nu aveai nevoie?) (Ai făcut ceva din punct de vedere sexual, care era neobişnuit pentru tine?) (PENTRU ADOLESCENŢI: Ai condus cu viteză mare?)

(7) implicare excesivă în activităţi plăcute care au un înalt potenţial de consecinţe nedorite (de ex. angajarea în cumpărături excesive, indiscreţii sexuale sau investiţii în afaceri nesăbuite)

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

CEL PUŢIN TREI SIMPTOME DE LA „B" SUNT CODATE „3" (**PATRU** DACĂ DISPOZIŢIA ESTE DOAR IRITABILĂ)

↑

Treceţi la **Episodul hipomaniacal B10**

DACĂ NU SE ŞTIE: În acel moment, ai avut probleme acasă sau la şcoală (la serviciu) deoarece erai (simptomele) sau a trebui să fii spitalizat/ă? Te-au deranjat (simptomele) la şcoală (la serviciu) sau în relaţiile cu prietenii? Povesteşte-mi despre asta.

C. Perturbarea dispoziţiei este suficient de severă pentru a cauza deteriorare semnificativă în funcţionarea ocupaţională sau în activităţile sociale obişnuite sau în relaţiile cu ceilalţi, ori pentru a necesita spitalizarea pentru a preveni vătămarea sa sau a altora.
DESCRIEŢI:

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

↑

Treceţi la **Episodul hipomaniacal B10**

DACĂ NU SE ŞTIE: Ai luat /a luat copilul dvs. droguri sau medicamente? (A fost vreo modificare a cantităţii pe care o luai?)

DACĂ NU SE ŞTIE: Ai fost /a fost copilul dvs. bolnav/ă în acel moment?

D. Nu se datorează efectelor directe ale unei substanţe (de ex., droguri de abuz, medicaţie) sau unei condiţii medicale generale (de ex., hipertiroidism).
Notă: Dacă tulburarea NU apare în timpul acestor diagnostice, codaţi „3".

↑ ↑

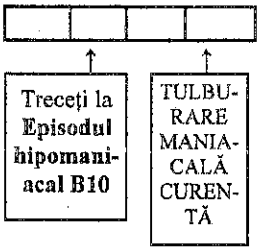
Treceţi la **Tulburare afectivă datorată unei CMG B18**

Continuati

DACĂ RĂSPUNSUL LA ORICARE DINTRE ÎNTREBĂRI ESTE „DA" ŞI DACĂ SE ŞTIE CĂ SUBSTANŢA RESPECTIVĂ SAU CONDIŢIA MEDICALĂ GENERALĂ ESTE ASOCIATĂ CU SIMPTOME AFECTIVE, URMĂRIŢI PAGINA B 18.

NOTĂ: EPISOADELE MANIACALE CARE SUNT PRECIPITATE ÎN MOD EVIDENT DE TRATAMENTUL SOMATIC ANTIDEPRESIV (DE EX., MEDICAŢIE, TERAPIE ELECTROCONVULSIVANTĂ, FOTOTERAPIE) NU TREBUIE SĂ DUCĂ LA DIAGNOSTICUL TULBURĂRII BIPOLARE I.
R/O CMG/SUBST

CRITERIILE A, B, C ŞI D PENTRU EPISODUL MANIACAL SUNT CODATE „3”



De câte ori ai fost (FOARTE ENERGIC/Ă /ECHIVALENTUL PERSONAL) şi ai avut (SIMPTOME MANIACALE RECUNOSCUTE) pentru o perioadă de timp (sau cu spitalizare)?	Numărul episoadelor maniacale, inclusiv cel curent (CODAȚI 99 DACĂ SUNT PREA INDISTINCE SAU PREA NUMEROASE)	____ ____
Câți ani ai avut când ai avut pentru prima dată probleme serioase sau a trebuit să mergi la spital deoarece erai (MANIACAL/Ă /FOARTE ENERGIC/Ă /ECHIVALENTUL PERSONAL)?	Vârsta la primul episod maniacal (CODAȚI 99 DACĂ NU SE CUNOAŞTE)	____ ____

DACĂ SUNT SATISFĂCUTE CRITERIILE PENTRU UN EPISOD MANIACAL CURENT, BIFAȚI AICI _____ ȘI TRECEȚI LA **SPECIFICANȚII EPISODULUI B 22**

EPISODUL HIPOMANIACAL

Când ai fost cel mai (PLIN DE ENERGIE /IRITABIL /ECHIVALENTUL PERSONAL), a durat cel puțin patru zile?

DACĂ AU FOST MAI MULTE PERIOADE DE CÂTE PATRU ZILE ÎN ULTIMA LUNĂ: Când ai fost cel mai (ACTIV /IRITABIL /ECHIVALENTUL PERSONAL)?

A: O perioadă distinctă de dispoziție crescută, expansivă sau iritabilă persistentă, care durează **patru zile** și care este net diferită de dispoziția non-depresivă uzuală

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

Treceți la **Tulburarea distimică B14**

DATA:

DACĂ ESTE DOAR DISPOZIȚIE IRITABILĂ, BIFAȚI AICI DUPĂ CE AȚI CODAT MAI SUS „3" _____

B. În cursul perioadei de perturbare afectivă, au persistat trei (sau mai multe) dintre următoarele simptome (patru dacă dispoziția este numai iritabilă) și au fost prezente în mod semnificativ:

ÎNTREBAȚI DESPRE SIMPTOMELE ASOCIATE ÎN CEA MAI GRAVĂ PERIOADĂ

(în această perioadă...)

... ce ai gândit despre tine?
(Ai crezut că poți face orice? Ai crezut că nu poți da greș în nimic?)
(Ai crezut că ai puteri speciale?)

(1) stimă de sine exagerată sau grandoare

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

(2) scăderea necesității de somn (de ex., se simte refăcut după numai trei ore de somn)

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

În această perioadă...
... ai avut nevoie de mai puțin somn decât de obicei? Ai stat treaz/ă până târziu și te-ai trezit devreme)
DACĂ DA: Simțeai că ai dormit destul?

... ai vorbit mult; mai mult decât de obicei? (Ceilalți te opreau cu greu sau aveau dificultăți în a te înțelege? Ceilalți nu au reușit să scoată nici un cuvânt?)

(3) mai locvace decât în mod uzual sau se simte presat să vorbească continuu

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

... îți alergau gândurile în cap? (Ți se părea că vorbești prea repede în minte și nu te poți opri?)

(4) fugă de idei sau experiența subiectivă că gândurile sunt accelerate

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

... ai avut dificultăți în a fi atent când trebuia? Ceea ce se întâmpla în jur te distrăgea?

(5) distractibilitate (adică atenția este atrasă prea ușor de stimuli externi fără importanță sau irelevanți)

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

...cum ți-ai petrecut timpul (școală, prieteni, hobbyuri)? (Ai făcut atât de multe lucruri încât prietenii sau familia erau îngrijorați?)

DACĂ NU APARE ACTIVITATE CRESCUTĂ: Ai avut dificultăți în a sta liniștit, de exemplu la film sau la școală? (cât de rău a fost?)

(6) creșterea activității orientate către un scop (fie socială, fie la serviciu sau la școală, fie sexuală) sau agitație psihomotorie

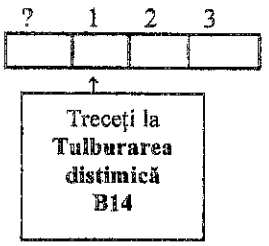
	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

... ai făcut ceva care ar fi putut cauza probleme pentru tine sau familia ta? Ai făcut lucruri plăcute, însă prea mult? (Ți-ai cumpărat lucruri de care nu aveai nevoie?) (Ai făcut ceva din punct de vedere sexual, care era neobișnuit pentru tine?) (PENTRU ADOLESCENȚI: Ai condus cu viteză mare?)

(7) implicare excesivă în activități plăcute care au un înalt potențial de consecințe nedorite (de ex. angajarea în cumpărături excesive, indiscreții sexuale sau investiții în afaceri nesăbuite)

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

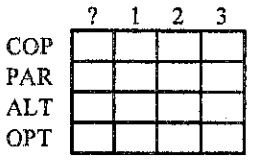
CEL PUȚIN TREI SIMPTOME „B" SUNT CODATE „3" (**PATRU** DACĂ DISPOZIȚIA ESTE DOAR IRITABILĂ)



DACĂ NU SE ȘTIE: Te simți foarte diferit față de felul în care ești de obicei? (când nu ești deprimat) (În ce sens diferit? La școală? Cu prietenii?)

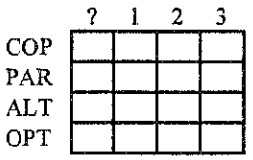
Povestește-mi despre asta.

C. Episodul este asociat cu o modificare fără echivoc în activitate, care nu este caracteristică persoanei atunci când nu prezintă simptome



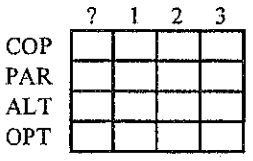
DACĂ NU SE ȘTIE: Ceilalți cred că ești diferit/ă? (Ce au spus?)

D. Perturbarea dispoziției și modificarea în funcționare sunt observabile pentru ceilalți



DACĂ NU SE ȘTIE: În acel moment, ai avut probleme acasă sau la școală (la serviciu) deoarece erai (simptomele) sau a trebuit să fii spitalizat/ă?

E. Episodul nu este suficient de sever pentru a cauza o deteriorare semnificativă în funcționarea socială sau profesională sau pentru a necesita spitalizare și nu exisă elemente psihotice



DACĂ NU SE ȘTIE: Ai luat /a luat copilul dvs. droguri sau medicamente? (A fost vreo modificare a cantității pe care o luai?)

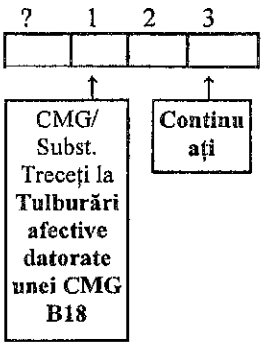
DACĂ NU SE ȘTIE: Ai fost /a fost copilul dvs. bolnav în acel moment?

DACĂ RĂSPUNSUL LA ORICARE DINTRE ÎNTREBĂRI ESTE „DA" ȘI DACĂ SE ȘTIE CĂ SUBSTANȚA REPSECTIVĂ SAU CONDIȚIA MEDICALĂ GENERALĂ ESTE ASOCIATĂ CU SIMPTOME HIPOMANIACALE, URMĂRIȚI PAGINA B 18.

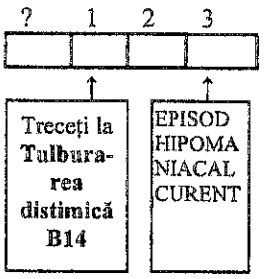
F. Nu se datorează efectelor directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) sau ale unei condiții medicale generale (de ex., hipertiroidism)

Notă: Dacă tulburarea Nu apare în timpul acestor diagnostice, codați „3".

NOTĂ: EPISOADELE HIPOMANIACALE CARE SUNT PRECIPITATE ÎN MOD EVIDENT DE TRATAMENTUL SOMATIC ANTIDEPRESIV (DE EX., MEDICAȚIE, TERAPIE ELECTROCONVULSIVANTĂ, FOTOTERAPIE) NU TREBUIE SĂ DUCĂ LA DIAGNOSTICUL TULBURĂRII BIPOLARE II.



CRITERIILE A, B, C ŞI D PENTRU EPISODUL HIPOMANIACAL SUNT CODATE „3"



De câte ori ai fost (PLIN DE ENERGIE /ECHIVALENTUL PERSONAL) şi ai avut (SIMPTOME MANIACALE RECUNOSCUTE) pentru o perioadă de timp (sau cu spitalizare)?	Numărul episoadelor hipomaniacale, inclusiv cel curent (CODAȚI 99 DACĂ SUNT PREA INDISTINCTE SAU PREA NUMEROASE)	____ ____
Câți ani aveai când ai avut pentru prima dată probleme serioase sau a trebuit să mergi la spital deoarece erai (HIPOMANIACAL/Ă /PLIN/Ă DE ENERGIE /ECHIVALENTUL PERSONAL)?	Vârsta la debutul primului episod hipomaniacal (CODAȚI 99 DACĂ NU SE CUNOAŞTE)	____ ____

DACĂ: IMAGINEA DE ANSAMBLU INDICĂ PROBABILITATEA UNEI TULBURĂRI PSIHOTICE CRONICE SAU PREZENȚA UNUI EPISOD MANIACAL SAU HIPOMANIACAL BIFAȚI AICI..... ȘI TRECEȚI LA **SINDROAMELE PSIHOTICE C1**

DACĂ AU EXISTAT UNUL SAU MAI MULTE EPISOADE DEPRESIVE MAJORE PENTRU MAI MULT DE 50% A ULTIMILOR DOI ANI TRECEȚI LA **SPECIFICANȚII EPISODULUI B22**

TULBURAREA DISTIMICĂ (NUMAI CURENTĂ)

DACĂ NU A EXISTAT UN EPISOD DEPRESIV MAJOR ÎN ULTIMUL AN: În ultimul an, ai fost trist/ă, mohorât/ă sau foarte morocănos /oasă în cea mai mare parte a zilei, timp de mai multe zile? (Mai mult de jumătate din această perioadă?)
DACĂ DA: Cum a fost?

DACĂ ESTE PREZENT UN EPISOD DEPRESIV MAJOR: Hai să vedem când ai avut cele mai multe simptome pentru prima dată (EPISODUL DEPRESIV MAJOR CURENT). În anul dinainte (DATA ÎNCEPERII), ai fost trist/ă, mohorât/ă sau foarte morocănos /oasă în cea mai mare parte a zilei, timp de mai multe zile? (Mai mult de jumătate din timp?)

CRITERIILE PENTRU TULBURAREA DISTIMICĂ

A. Dispoziție depresivă cea mai mare parte a zilei, mai multe zile da decât nu, după cum este indicat fie de relatarea subiectului, fie de observațiile făcute de alții timp de cel puțin **un an.**

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

R/O CMG/SUBST Treceți la **Tulburare afectivă datorată unei CMG B18**

PENTRU UN EPISOD DEPRESIV MAJOR TRECUT DIN ANUL PRECEDENT: Hai să vedem când ai avut cele mai multe simptome pentru prima dată (EPISODUL DEPRESIV MAJOR TRECUT) și când ai încetat să ai cele mai multe dintre simptome.

ÎNREGISTRAȚI DATA LA CARE A SATISFĂCUT PENTRU PRIMA DATĂ CRITERIILE PENTRU UN EPISOD DEPRESIV MAJOR CURENT ____ ____

De atunci (DATA DE LA CARE NU MAI ÎNTRUNEȘTE CRITERIILE), ai mai fost trist/ă, mohorât/ă sau foarte morocănos /oasă în cea mai mare parte a zilei, timp de mai multe zile?

ÎNREGISTRAȚI DATA LA CARE A SATISFĂCUT PENTRU PRIMA DATĂ CRITERIILE PENTRU UN EPISOD DEPRESIV MAJOR TRECUT ____ ____

DACĂ DA: În anul de dinainte (DATA ÎNCEPERII EPISODULUI DEPRESIV MAJOR TRECUT), ai fost trist/ă, mohorât/ă sau foarte morocănos /oasă în cea mai mare parte a zilei, timp de mai multe zile? (Mai mult de jumătate din timp?)

ÎNREGISTRAȚI DATA LA CARE NU A MAI SATISFĂCUT CRITERIILE PENTRU UN EPISOD DEPRESIV MAJOR TRECUT ____ ____

În această perioadă de (**echivalentul personal pentru depresie**) ai simțit adesea...	B. Prezența, în timp ce este depresiv, a două (sau mai multe) dintre următoarele:	
... că nu ai chef să mănânci (Dar opusul, că mănânci prea mult?)	(1) apetit scăzut sau mâncat excesiv	? 1 2 3 COP PAR ALT OPT
...că ai probleme cu somnul (Dar opusul, că dormi prea mult?)	(2) insomnie sau hipersomnie	? 1 2 3 COP PAR ALT OPT
... că ai energie prea puțină pentru a face ceva sau că te simți obosit/ă mult timp?	(3) energie scăzută sau fatigabilitate	? 1 2 3 COP PAR ALT OPT
... că ești inutil/ă? (Că nu ai valoare sau că ești un ratat?)	(4) stimă de sine scăzută	? 1 2 3 COP PAR ALT OPT
...că e dificil să fii atent/ă sau să te concentrezi? (Că nu te poți decide?)	(5) capacitate slabă de concentrare sau dificultate în luarea deciziilor	? 1 2 3 COP PAR ALT OPT
... că nu ai speranțe?	(6) sentimente de disperare	? 1 2 3 COP PAR ALT OPT

?=informație inadecvată 1=absent sau fals 2=sub prag 3=nivel prag sau adevărat

CEL PUȚIN DOUĂ SIMPTOME „B" SUNT CODATE „3"

1 2 3

Treceți la **Tulburare afectivă datorată unei CMG B18**

De când ești (**echivalentul personal**), care este cea mai lungă perioadă în care te-ai simțit bine? (FĂRĂ SIMPTOME DISTIMICE)

C. În timpul anului respectiv, persoana nu a fost niciodată fără simptomele de la criteriile A și B timp de mai mult de două luni odată. CODAȚI „1" DACĂ A AVUT DISPOZIȚIE NORMALĂ PENTRU CEL PUȚIN DOUĂ LUNI CONSECUTIVE

? 1 2 3

Treceți la **Tulburare afectivă datorată unei CMG B18**

Cât timp te-ai simțit astfel? (Când a început)
COMPARAȚI INSTALAREA SIMPTOMELOR DISTIMICE CU DATELE EPISOADELOR DEPRESIVE MAJORE TRECUTE PENTRU A DETERMINA DACĂ A FOST VREUN EPISOD DEPRESIV MAJOR ÎN PRIMUL AN DE DISTIMIE

D. Nici un episod depresiv major nu a fost prezent în cursul primului an al tulburării, adică perturbarea nu este explicată mai bine de tulburarea depresivă majoră cronică sau de tulburarea depresivă majoră în remisiu-ne parțială.
CODAȚI „3" DACĂ NU A EXISTAT NICI UN EPISOD DEPRESIV MAJOR TRECUT SAU DACĂ EPISOADELE DEPRESIVE MAJORE NU SUNT PREZENTE ÎN TIMPUL ANULUI.

? 1 2 3

Treceți la **Tulburare afectivă datorată unei CMG B18**

Vârsta la instalarea distimiei curente (CODAȚI 99 DACĂ NU ESTE CUNOSCUTĂ) ____ ____

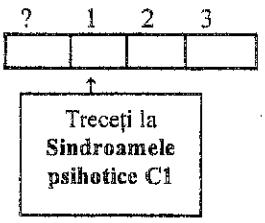
DACĂ UN EPISOD DEPRESIV MAJOR A PRECEDAT SIMPTOMELE DISTIMICE: Aș vrea să știu acum dacă te-ai refăcut complet după acel (EPISOD DEPRESIV MAJOR) pe care l-ai avut (DATA), înainte de această perioadă lungă de tristețe moderată, de a fi mohorât/ă și morocănos /oasă? (Ai redevenit cel/cea dinainte pentru cel puțin șase luni?)

D. Poate să fi existat un Episod Depresiv Major anterior cu condiția ca să fi fost urmat de remisiune completă (nici un fel de semne sau simptome timp de 2 luni) înaintea apariției tulburării distimice. În afară de aceasta, după acest an pot exista episoade suprapuse de tulburare depresivă majoră, în care caz vor fi puse amblele diagnostice când sunt satisfăcute criteriile pentru un Episod Depresiv Major CODAȚI „3" DACĂ NU A EXISTAT UN EPISOD DEPRESIV MAJOR TRECUT SAU DACĂ EPISOADELE DEPRESIVE MAJORE NU SUNT PREZENTE ÎN PRIMUL AN.

? 1 2 3

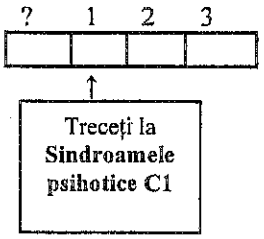
Treceți la **Tulburare afectivă datorată unei CMG B18**

E. Nu a avut niciodată un episod maniacal sau un episod hipomaniacal neechivoc



DACĂ NU ESTE CLAR, REVENIȚI LA ITEM DUPĂ CE AȚI COMPLETAT SECȚIUNEA TULBURĂRILOR PSIHOTICE.

F. Nu survine exclusiv în cursul unei tulburări psihotice cronice, cum ar fi schizofrenia sau tulburarea delirantă. CODAȚI „3" DACĂ NU EXISTĂ NICI O TULBURARE PSIHOTICĂ CRONICĂ SAU NU ESTE SUPRAPUSĂ PESTE O TULBURARE PSIHOTICĂ CRONICĂ

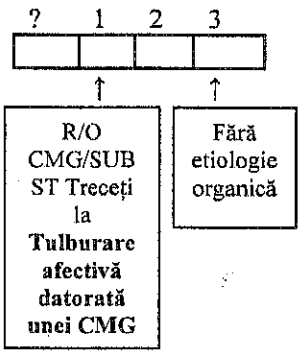


DACĂ NU SE ȘTIE: Ai luat / a luat copilul dvs. droguri sau medicație în acea perioadă?

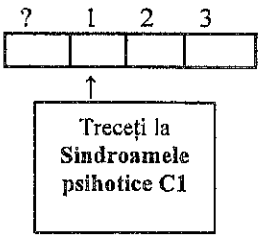
DACĂ NU SE ȘTIE: Ai fost / a fost copilul dvs. bolnav în acea perioadă?

DACĂ RĂSPUNSUL LA ORICARE DINTRE ÎNTREBĂRI ESTE „DA", IAR SUBSTANȚA SAU CONDIȚIA MEDICALĂ ESTE ASOCIATĂ CU SIMPTOME DISTIMICE, TRECEȚI LA PAGINA B18

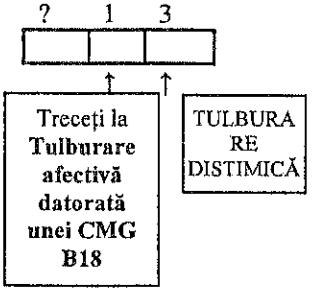
G. Nu se datorează efectelor directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) sau ale unei condiții medicale generale (de ex., hipotiroidism). DACĂ EXISTĂ UN FACTOR ORGANIC, DESCRIEȚI-L:
(Factorii organici recunoscuți includ administrarea prelungită de rezerpină sau metildopa, stări de sevraj recurente și hipotiroidismul cronic)



H. Simptomele cauzează distres sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.



CRITERIILE A, B, C, D, E, F, G ȘI H PENTRU TULBURAREA DISTIMICĂ SUNT CODATE „3"



DACĂ SIMPTOMELE NU SUNT ASOCIATE TEMPORAL CU O CONDIȚIE MEDICALĂ GENERALĂ, BIFAȚI AICI..... ȘI TRECEȚI LA **TULBURAREA AFECTIVĂ INDUSĂ DE O SUBSTANȚĂ B20**

TULBURAREA AFECTIVĂ DATORATĂ UNEI CONDIȚII MEDICALE GENERALE

CODARE BAZATĂ PE INFORMAȚII OBȚINUTE DEJA.

(Întrebați de asemenea părinții): Au început ori s-au înrăutățit (SIMPTOMELE AFECTIVE) numai după de a început (CMG)?

DACĂ CMG S-A REZOLVAT: S-au ameliorat (SIMPTOMELE AFECTIVE) odată cu ameliorarea CMG?

CRITERIILE PENTRU TULBURAREA AFECTIVĂ DATORATĂ UNEI CONDIȚII MEDICALE GENERALE

A: O perturbare a dispoziției evidentă şi persistentă, caracterizată prin oricare (sau prin ambele) din următoarele:
(1) dispoziție depresivă ori diminuare marcată a interesului sau plăcerii pentru toate sau aproape toate activitățile
(2) dispoziție crescută, expansivă sau iritabilă

Dacă nici (1), nici (2) nu este „3" Treceți la **Indusă de o substanță B20**

B: Din istoric, examenul somatic şi datele de laborator rezultă proba că tulburarea este consecința fizică directă a unei condiții medicale generale

Treceți la **Indusă de o substanță B20**

C. Perturbarea nu este explicată mai bine de o altă tulburare mentală (de ex., tulburarea de adaptare cu dispoziție depresivă, ca răspuns la stresul determinat de condiția medicală generală)

Treceți la **Indusă de o substanță B20**

URMĂTORII FACTORI TREBUIE LUAȚI ÎN CONSIDERARE ŞI TREBUIE SĂ SUSȚINĂ CONCLUZIA CONFORM CĂREIA CMG ESTE ETIOLOGICĂ PENTRU SIMPTOMELE AFECTIVE:
(1) există date în literatură care atestă o legătură clară între CMG şi simptomele afective

(2) există o relație temporală clară între evoluția simptomelor afective și cea a condiției medicale generale.

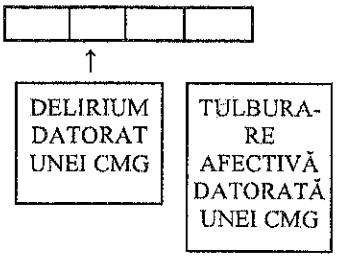
(3) simptomele afective se caracterizează prin elemente neuzuale (de ex. debut tardiv)

(4) nu există explicații alternative (de ex. Simptome afective ca reacție psihologică la CMG)

DACĂ NU SE ȘTIE DEJA (Întrebați de asemenea părinții): Cât de mult v-au afectat (SIMPTOMELE AFECTIVE) viața dvs. sau a copilului dvs.?

D: Simptomele cauzează distres sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare

E: Tulburarea nu survine exclusiv în cursul unui delirium sau al demenței
Notă: Dacă perturbarea NU apare pe parcursul acestui diagnostic, codați "3".



CONTINUAȚI PE PAGINA URMĂTOARE

DACĂ SIMPTOMELE NU SUNT ASOCIATE TEMPORAL CU UTILIZAREA UNOR SUBSTANȚE SAU A MEDICAȚIEI, BIFAȚI AICI..... ȘI TRECEȚI LA **SPECIFICANȚII EPISODULUI B22**

TULBURAREA AFECTIVĂ INDUSĂ DE O SUBSTANȚĂ

CRITERIILE PENTRU TULBURAREA AFECTIVĂ INDUSĂ DE O SUBSTANȚĂ

A. O perturbare a dispoziției evidentă și persistentă, caracterizată prin oricare (sau prin ambele) din următoarele:

(1) dispoziție depresivă sau diminuarea marcată a interesului sau plăcerii pentru toate sau aproape toate activitățile. | | | | |

DACĂ NU SE ȘTIE DEJA (Întrebați de asemenea părinții): Când au început (SIMPTOMELE AFECTIVE)? (Ai utilizat deja / a utilizat deja copilul dvs. (SUBSTANȚA) sau tocmai te-ai oprit / copilul dvs. a întrerupt utilizarea ei?)

(2) dispoziție crescută, expansivă sau iritabilă | | | | |

B. Din istoric, examenul somatic sau datele de laborator rezultă că fie (1) simptomele de la criteriul A apar în timpul sau în decurs de o lună de la intoxicația sau abstinența de o substanță sau (2) utilizarea unui medicament este etiologică în relație cu tulburarea | | | | |

↑

Nu e indusă de o substanță. Reveniți la episoadele afective.

ADRESAȚI ORICARE DINTRE ÎNTREBĂRILE DE MAI JOS PENTRU A EXCLUDE O ETIOLOGIE CARE NU DEPINDE DE SUBSTANȚE:

C. Perturbarea nu este explicată mai bine de o tulburare afectivă care nu este indusă de o substanță. **Notă: dacă simptomele NU apar în cursul unuia dintre aceste diagnostice, codați "3".**

DACĂ NU SE ȘTIE: Ce a fost mai întâi: (UTILIZAREA SUBSTANȚEI) SAU (SIMPTOMELE AFECTIVE)?

DACĂ NU SE ȘTIE: Ai avut / a avut copilul dvs. o perioadă de timp în care nu ai mai folosit/ copilul dvs. nu a mai utilizat (SUBSTANȚA)?

Proba că simptomele sunt explicate mai bine de o tulburare afectivă care nu este indusă de o substanță pot include următoarele:

DACĂ DA: După ce nu ai mai utilizat / copilul dvs. nu a mai utilizat (SUBSTANȚA), s-au ameliorat sau au persistat (SIMPTOMELE AFECTIVE)?

(1) simptomele afective preced debutul abuzului sau dependenței

(2) simptomele persistă o perioadă substanțială de timp (de ex. aproximativ o lună) după încetarea abstinenței acute sau a intoxicației severe

DACĂ NU SE ȘTIE: Cât de multă (SUBSTANȚĂ) luai / lua copilul dvs. când au început (SIMPTOMELE AFECTIVE)?

DACĂ NU SE ŞTIE: Ai avut / a avut copilul dvs. alte episoade de (SIMPTOME AFECTIVE)?

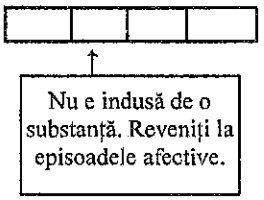
DACĂ DA: Ai luat / a luat copilul dvs. (SUBSTANȚE) în acel moment?

(3) simptomele sunt evident în exces față de ce se așteaptă având în vedere caracterul, durata sau cantitatea substanței utilizate

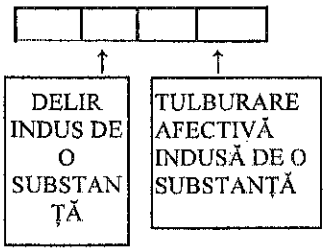
(4) există dovezi care sugerează existența unei Tulburări psihotice independente, neinduse de o substanță (de ex., un istoric de episoade psihotice recurente neinduse de o substanță)

DACĂ NU SE ŞTIE: Cât de mult ți-au afectat (SIMPTOMELE AFECTIVE) viața /viața copilului dvs.?

E. Simptomele cauzează distres sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii de funcționare importante



D: Perturbarea nu survine exclusiv în cursul unui delirium.
Notă: Dacă perturbarea NU apare pe parcursul acestui diagnostic, codați "3".



Reveniți la Episoadele afective

SPECIFICANȚII EPISODULUI – DACĂ NU EXISTĂ UN EPISOD DEPRESIV MAJOR CURENT, BIFAȚI AICI..... ŞI TRECEȚI LA MODULUL URMĂTOR

CU ELEMENTE MELANCOLICE

În ultima lună atunci când ai fost / copilul dvs. a fost deprimat/ă...

CODAȚI PE BAZA RĂSPUNSULUI LA ITEMUL A(2) DE LA EPISODUL DEPRESIV MAJOR **(la pagina B1).**

CRITERIILE PENTRU ELEMENTE MELANCOLICE

NOTĂ: POT FI APLICATE LA TULBURAREA DEPRESIVĂ MAJORĂ, LA TULBURAREA BIPOLARĂ SAU LA TULBURAREA BIPOLARĂ II

A: Oricare dintre următoarele, dacă apar în timpul celei mai severe perioade a episodului curent:

(1) pierderea plăcerii pentru toate sau aproape toate activitățile — ? 1 2 3

Dacă ți se întâmplă ceva bun sau dacă cineva încearcă să te înveselească, te simți mai bine pentru un timp?

(2) lipsa reactivității la stimulii de regulă plăcuți (nu simte mai bine, nici temporar, atunci când se întâmplă ceva bun) — ? 1 2 3

↑

DACĂ NICI A(1) NICI A(2) NU sunt „3" treceți la **Elemente catatonice B24**

B: Cel puțin trei din următoarele:

Senzația de (ECHIVALENTUL PERSONAL PENTRU DISPOZIȚIE DEPRESIVĂ) este diferită de tipul de sentiment pe care l-ai avea dacă ar muri cineva apropiat? (Sau dacă ți s-ar întâmpla altceva rău?)
DACĂ DA: În ce fel e diferită?

(1) calitate distinctă a dispoziției depresive (adică, dispoziția depresivă este percepută ca fiind diferită de tipul de sentimente trăite după moartea unei persoane iubite) — ? 1 2 3

De obicei, te simți mai rău dimineața?

CODAȚI PE BAZA RĂSPUNSULUI LA ITEMUL A(4) DE LA MDE **(la pagina B2)**

(2) depresia este de regulă mai accentuată dimineața — ? 1 2 3

DACĂ NU ESTE CLAR: La ce oră te trezești dimineața? (Cu cât timp mai devreme decât de obicei [dinainte de a fi deprimat/ă]?)

(3) se trezește foarte devreme (cu cel puțin două ore înainte de trezirea obișnuită) — ? 1 2 3

CODAȚI PE BAZA RĂSPUNSULUI LA ITEMUL A(5) DE LA EDM (**de la pagina B2).**

(4). lentoare psihomotorie marcată sau agitație

? 1 2 3

CODAȚI PE BAZA RĂSPUNSULUI LA ITEMUL A(3) DE LA EDM (**de la pagina B2).**

(5) anorexie sau pierdere în greutate semnificativă

? 1 2 3

CODAȚI PE BAZA RĂSPUNSULUI LA ITEMUL A(7) DE LA EDM (**de la pagina B3).**

(6) sentimente de vinovăție excesivă sau nepotrivită

? 1 2 3

DACĂ NU ESTE CLAR: Te-ai simțit vinovat/ă pentru lucruri pe care le-ai făcut sau pe care nu le-ai făcut?

DACĂ DA: Povesteşte-mi despre asta.

CEL PUȚIN TREI ITEMI B SUNT CODAȚI „3".

1 2 3

TRECEȚI LA **Elemente catatonice B24**

TRECEȚI LA **Elemente catatonice B24**

CRITERIILE A ŞI B SUNT CODATE „3"

1 3

Cu elemente melancolice

?=informație inadecvată 1=absent sau fals 2=sub prag 3=nivel prag sau adevărat

CU ELEMENTE CATATONICE

CRITERIILE PENTRU ELEMENTE CATATONICE

NOTĂ: POT FI APLICATE LA CEL MAI RECENT EPISOD MANIACAL SAU LA EPISODUL DEPRESIV MAJOR DIN CADRUL TULBURĂRII DEPRESIVE MAJORE, LA TULBUREAREA BIPOLARĂ SAU LA TULBUREAREA BIPOLARĂ II

PRIN OBSERVAŢIE SAU PE BAZA ISTORICULUI

Tabloul clinic este dominat de cel puţin două dintre următoarele:

(1) imobilitate motorie evidenţiată prin catalepsie (incluzând flexibilitatea ceroasă) sau stupor

? 1 2 3 [ ][ ][ ][ ]

(2) activitate motorie excesivă (care este aparent lipsită de scop şi nu e influenţată de factori externi)

? 1 2 3 [ ][ ][ ][ ]

(3) negativism extrem (rezistenţă aparent nemotivată la toate instrucţiunile sau menţinerea unei posturi rigide în ciuda încercărilor de a fi mişcat) sau mutism

? 1 2 3 [ ][ ][ ][ ]

(4) bizarerii ale mişcărilor voluntare evidenţiate în postură (asumarea voluntară a unor posturi nepotrivite sau bizare), mişcări stereotipe, manierism evident sau grimase evidente

? 1 2 3 [ ][ ][ ][ ]

(5) ecolalie sau ecopraxie

? 1 2 3 [ ][ ][ ][ ]

CEL PUŢIN DOI ITEMI SUNT CODAŢI „3”

1 3 [ ][ ]

↑

Cu elemente catatonice

?=informaţie inadecvată 1=absent sau fals 2=sub prag 3=nivel prag sau adevărat

DACĂ EPISODUL CURENT ARE ELEMENTE MELANCOLICE SAU CATATONICE, BIFAȚI AICI..... ŞI TRECEȚI LA **SINDROAME PSIHOTICE C1**

CU ELEMENTE ATIPICE

DACĂ SE APLICĂ CRITERIILE PENTRU UN EPISOD DEPRESIV MAJOR CURENT: În luna trecută, când erai deprimat/ă...
DACĂ SE APLICĂ CRITERIILE PENTRU O TULBURARE DISTIMICĂ (NUMAI CURENTĂ): Când te-ai simțit deprimat/ă...
NOTĂ: ÎNTREBAREA URMĂTOARE ESTE ADRESATĂ ÎN CONTEXTUL ELEMENTELOR MELANCOLICE:

Dacă ți se întâmplă ceva bun sau dacă cineva încearcă să te înveselească, te simți mai bine pentru un timp?

CODAȚI PE BAZA RĂSPUNSULUI DE LA PAGINA A2

Câte ore (pe durata a 24 de ore) dormi de obicei (inclusiv somnul din timpul zilei)?

Îți simți mâinile şi picioarele grele, ca şi cum ar fi de plumb?

Eşti mai sensibil la felul în care se poartă ceilalți cu tine?

Ce se întâmplă cu tine atunci când cineva te respinge, te critică sau te desconsideră? (te superi sau devii furios /oasă? Pentru cât timp? Cum te afectează? Ai o reacție mai puternică decât alții?)

Ai evitat să faci anumite lucruri sau să fii cu alții de teama de a fi criticat/ă sau respins/ă?

CRITERIILE PENTRU ELEMENTE ATIPICE

NOTĂ: POT FI APLICATE LA CEL MAI RECENT EPISOD DEPRESIV MAJOR DIN CADRUL TULBURĂRII DEPRESIVE MAJORE, LA TULBURAREA BIPOLARĂ, LA TULBURAREA BIPOLARĂ II SAU LA TULBURAREA DISTIMICĂ

A: reactivitatea dispoziției (adică, dispoziție euforică drept răspuns la evenimente pozitive actuale sau potențiale)

? 1 2 3

B: Două din elementele de mai jos, prezente pentru cea mai mare a timpului pentru cel puțin două săptămâni:

? 1 3

↑ Treceți la **Sindroamele psihotice C1**

(1) creştere semnificativă în greutate sau apetit crescut

? 1 2 3

(2) hipersomnie

? 1 2 3

(3) paralizie „ca de plumb" (adică, senzația de mâini şi picioare grele, „ca de plumb")

? 1 2 3

(4) un patern durabil de sensibilitate la respingerea interpersonală (care nu e limitată la episoadele de perturbare a dispoziției) care rezultă în perturbarea semnificativă în domeniul social sau ocupațional

? 1 2 3

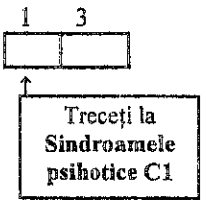
CEL PUȚIN DOUĂ CRITERII „B" SUNT CODATE „3"

1 3

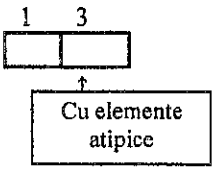
↑ Treceți la **Sindroamele psihotice C1**

?=informație inadecvată 1=absent sau fals 2=sub prag 3=nivel prag sau adevărat

C: Nu satisface criteriile pentru „cu elemente melancolice" sau „cu elemente catatonice" pe parcursul aceleiaşi perioade.



CRITERIILE A, B ŞI C SUNT CODATE „3"



SIMPTOME PSIHOTICE ŞI ASOCIATE

ACEST MODUL ESTE UTIL PENTRU CODAREA SIMPTOMELOR PSIHOTICE ŞI A CELOR ASOCIATE CU ACESTEA CARE AU FOST PREZENTE ÎN ORICE MOMENT ÎN DECURSUL VIEŢII PERSOANEI.

PENTRU ORICE SIMPTOME PSIHOTICE ŞI ASOCIATE CODATE „3", DETERMINAŢI DACĂ SIMPTOMUL ESTE ÎN MOD CATEGORIC „PRIMAR" SAU DACĂ EXISTĂ O SUBSTANŢĂ CU VALOARE POTENŢIAL SAU CERT ETIOLOGICĂ (INCLUSIV MEDICAŢIE) SAU O CONDIŢIE MEDICALĂ GENERALĂ. URMĂTOARELE ÎNTREBĂRI S-AR PUTEA SĂ VĂ FIE DE FOLOS ÎN CAZUL ÎN CARE EXAMINAREA GENERALĂ NU A EVIDENŢIAT ÎNCĂ INFORMAŢIA:

Chiar înainte de a începe să ai (SIMPTOME PSIHOTICE), ai consumat cumva droguri sau medicamente?...ai băut mult?....ai fost bolnav/ă?

DACĂ RĂSPUNSUL ESTE „DA" LA ORICARE DINTRE ELE: Ţi s-a întâmplat vreodată să ai (SIMPTOME PSIHOTICE) când nu ai CONSUMAT DROGURI/ LUAT MEDICAMENTE / BAUT / FOST BOLNAV/Ă)?

DACĂ NU A RECUNOSCUT SIMPTOMELE PSIHOTICE: Acum te voi întreba despre nişte experienţe neobişnuite pe care le au câteodată oamenii.

DACĂ A RECUNOSCUT SIMPTOMELE PSIHOTICE: Mi-ai povestit despre (EXPERIENŢE PSIHOTICE). Acum te voi întreba mai în detaliu despre astfel de lucruri.

IDEI DELIRANTE

Convingeri false bazate pe inferenţe eronate privind realitatea şi susţinute cu tărie în ciuda părerii majorităţii celorlalţi şi în ciuda dovezilor incontestabile şi evidente care susţin contrariul. Codaţi ideile puternic valorizate (nerealiste şi suţinute, care nu au intensitate delirantă) cu „2"

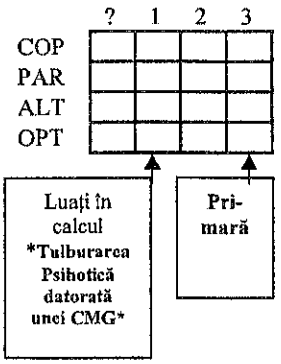
OBSERVAŢIE: O SINGURĂ IDEE DELIRANTĂ POATE FI CODATA „3" PE MAI MULŢI DINTRE URMĂTORII ITEMI:

Ţi s-a părut vreodată că oamenii vorbesc despre tine sau că te observă în mod special?

Ţi s-a părut vreodată că primeşti mesaje speciale de la TV, radio, reviste sau din modul în care erau aranjate lucrurile în jurul tău?

Idei delirante de referinţă: adică evenimentele, obiectele sau alte persoane din mediul individului au o semnificaţie deosebită sau neobişnuită

DESCRIEŢI:

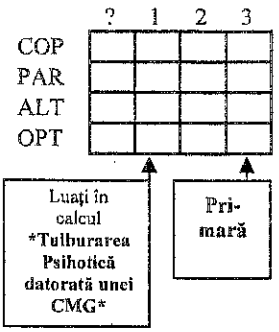


Ţi s-a părut vreodată că cineva îţi pune bețe în roate sau că încearcă să îţi facă rău?

DACĂ DA: Cine încearcă să îţi facă rău? Mai este şi altcineva care crede că e adevărat?

Idee delirantă de persecuţie: credinţă falsă cum că individul (sau grupul lui/ei) este atacat, hărţuit, păgubit, persecutat sau ţinta unei conspiraţii

DESCRIEŢI:

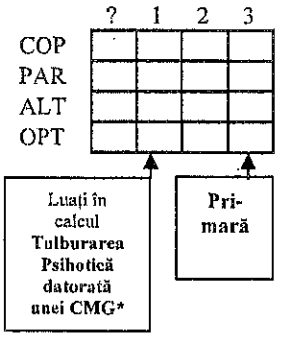


Ai simţit vreodată că eşti în mod special important în vreun fel sau că ai puterea să faci lucruri pe care alţi oameni nu le pot face?

DACĂ DA: Povesteşte-mi mai multe despre ele. E ca şi cum ai fi un super-erou? Sunt un fel de puteri speciale pe care ceilalţi copii nu le au?

Idee delirantă de grandoare: conţinutul acestora se referă la puteri deosebite, cunoştinţe sau importanţă sau la o relaţie specială cu o divinitate
sau persoană importantă.

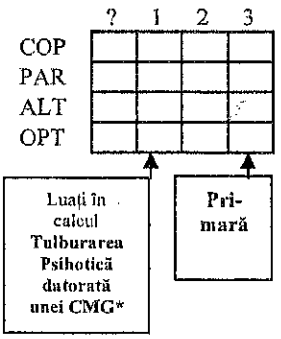
DESCRIEŢI:



Ai simţit vreodată că unele părţi din corpul tău s-au schimbat sau că nu mai funcţionează? (Ce au spus părinţii tăi sau doctorul?)

Idee delirantă somatică: conţinutul se referă la modificări sau tulburări în aspectul exterior sau funcţionarea organismului

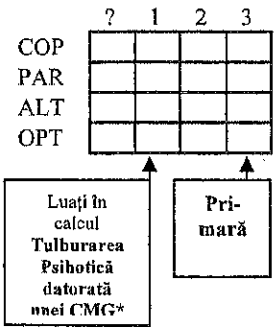
DESCRIEŢI:



(Ai simţit vreodată că ai comis o faptă gravă sau că ai făcut ceva foarte rău pentru care ar trebui sa fii pedepsit?)

Alte idei delirante, de ex. idei delirante de vinovăţie, gelozie, sărăcie, erotomanie

DESCRIEŢI:



?=informaţie inadecvată 1=absent sau fals 2=sub prag 3=nivel prag sau adevărat

Ai simțit vreodată că cineva sau ceva din afara ta îți controlează gândurile sau acțiunile împotriva voinței tale?

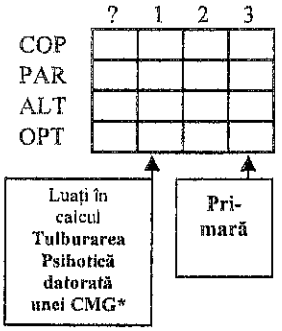
DACĂ DA: Era o persoană imaginară care te punea să faci fapte rele pe care tu nu vroiai să le faci? Ce fel de lucruri te punea să faci?

(Ai simțit vreodată că anumite gânduri nu sunt ale tale sau că sunt puse de altcineva în capul tău?)

(Sau că gândurile sunt furate din capul tău?)

Ideea delirantă de control: sentimente, impulsuri, gânduri sau acțiuni percepute ca fiind sub controlul unei forțe externe

DESCRIEȚI:

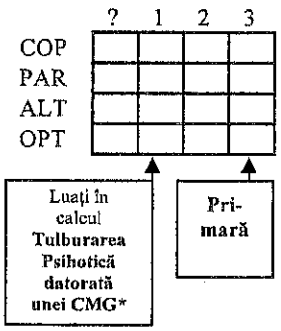


Ai simțit vreodată ca și cum gândurile tale ar fi auzite în afara cu voce tare, ca printr-un difuzor?

DACĂ DA: Era atât de tare încât alte persoane puteau efectiv să audă ce gândeai fără ca tu să trebuiască să scoți un cuvânt?

Transmiterea gândurilor: ideea delirantă că gândurile persoanei pot fi auzite de către ceilalți

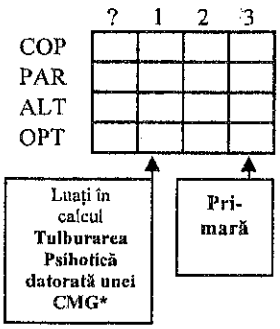
DESCRIEȚI:



Cum îți explici tu [CONȚINUTUL IDEII DELIRANTE]

Idei delirante bizare: care se referă la fenomene pe care membrii subculturii din care face parte individul le-ar considera total implauzibile (ex. creierul persoanei a fost extras și înlocuit cu creierul altcuiva)

DESCRIEȚI:



DACĂ N-A AVUT NICIODATĂ O IDEE DELIRANTĂ PRIMARĂ BIFAȚI AICI_____ ȘI TRECEȚI LA *** HALUCINAȚII AUDITIVE, * C.4**

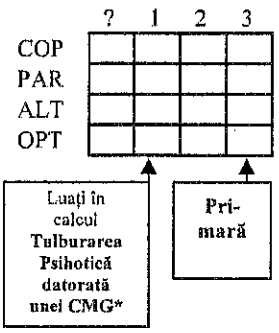
HALUCINAȚII

HALUCINAȚII (PSIHOTICE)
O percepție caracterizată printr-un puternic sentiment al realității, dar care apare în absența stimulării externe a organelor de simț relevante.
(CODAȚI CU „2" HALUCINAȚIILE CARE SUNT PREA PASAGERE PENTRU A AVEA SEMNIFICAȚIE DIAGNOSTICĂ

Ai auzit vreodată lucruri pe care alte persoane nu le puteau auzi, cum ar fi zgomote sau voci de oameni care şopteau sau vorbeau? (Erai treaz în momentul respectiv?)

Halucinații auditive în stare de veghe, auzite fie în interiorul capului, fie în exterior

DESCRIEȚI:



DACĂ ERAU VOCI: Au comentat ceva despre ce făceai sau gândeai?

O voce care comentează continuu comportamentul sau gândurile persoanei pe măsura apariției acestora

Câte voci ai auzit?
Vorbeau una cu cealaltă?

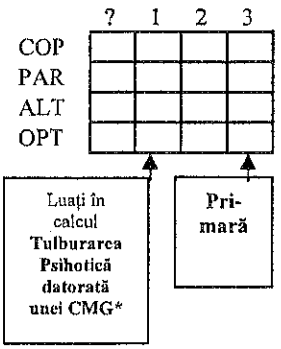
Două sau mai multe voci care conversează una cu alta

Ai avut vreodată viziuni sau ai văzut lucruri pe care alte persoane nu le puteau vedea, cum ar fi stafii, animale sau orice altceva? (Erai treaz/ă la momentul respectiv?)

NOTĂ: A SE DISTINGE DE ILUZIE, ADICA O PERCEPȚIE ERONATA A UNUI STIMUL EXTERN REAL.

Halucinații vizuale

DESCRIEȚI:

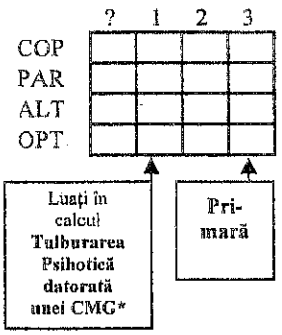


Dar senzații ciudate în corp sau pe pielea ta, ca insecte care se târăsc pe tine sau un curent care îți circulă prin corp?

DACĂ DA: Povestește-mi mai multe despre asta. (Există vreun motiv pentru care se întâmplă asta, ca de exemplu că erai bolnav sau foloseai droguri?)

Halucinații tactile, de ex., curent electric

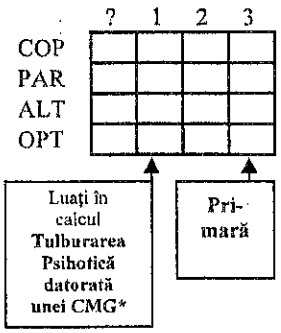
DESCRIEȚI:



(Dar mirosuri pe care alții nu le puteau simți?)

Alte halucinații, de ex., gustative, olfactive

DESCRIEȚI:



ALTE SIMPTOME

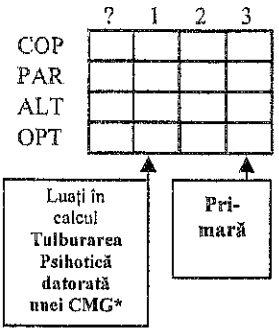
(Acum voi lua o pauză de un minut ca să iau câteva notițe...)

URMĂTORII ITEMI SE CODEAZĂ PE BAZA OBSERVAȚIEI ȘI A ISTORICULUI PERSONAL (CONSULTAȚI TABELE MAI VECHI, ALȚI OBSERVATORI - DE EX., MEMBRII FAMILIEI, PERSONALUL MEDICAL).

ALTE SIMPTOME

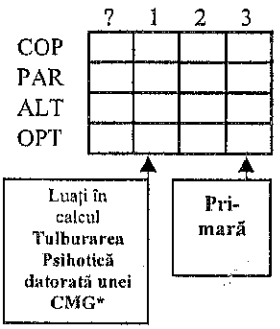
Comportament catatonic:
Imobilitate motorie (catalepsie sau stupor)
Activitate motorie excesivă (agitație lipsită de sens, care nu este influențată de stimuli externi)
Negativism extrem (rezistența nemotivată la instrucțiuni sau încercarea de a fi mișcat)
Mutism, adoptarea de posturi sau mișcări stereotipe
Ecolalie sau ecopraxie

DESCRIEȚI:



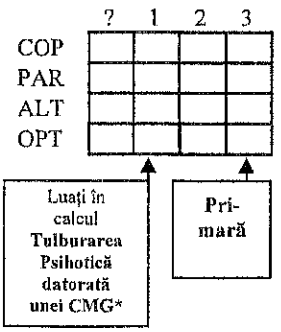
Comportament flagrant dezorganizat:
care merge de la tonterii copilărești până la agitație impredictibilă. Individul este foarte neîngrijit, pot apărea bizarerii în îmbrăcăminte (de ex. poartă palton, fular și mănuși într-o zi călduroasă de vară), comportamente sexuale inadecvate (de ex., se masturbează în public) sau agitație impredictibilă și nemotivată (de ex., strigă sau înjură)

DESCRIEȚI:

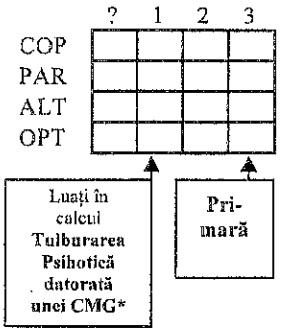


Afect flagrant inadecvat:
starea afectivă este în evidentă discordanță cu conținutul limbajului sau ideației, de ex. zâmbește când discută despre faptul că e persecutat

DESCRIEȚI:



Limbaj dezorganizat: „deraiere" frecventă (relaxarea asociațiilor") sau incoerență; deraierea se referă la un pattern de comunicare caracterizat prin „alunecarea" de la un subiect la altul, care nu are nici o legătură cu cel anterior. Persoana poate schimba subiectul în mod idiosincratic, trecând de la un cadru de referință la altul, iar ideile pot fi juxtapuse, astfel încât se pierd relațiile cu sens. Incoerența se referă la un limbaj devenit incomprehensibil pentru ceilalți deoarece cuvintele sau propozițiile sunt asociate fără nici o legătură logică



?=informație inadecvată 1=absent sau fals 2=sub prag 3=nivel prag sau adevărat

SIMPTOME NEGATIVE **SIMPTOME NEGATIVE**

PENTRU ORICARE DINTRE SIMPTOMELE NEGATIVE CODATE „3", DETERMINAȚI DACĂ SIMPTOMUL ESTE ÎN MOD CLAR PRIMAR SAU DACĂ ESTE ÎN MOD POSIBIL SAU CERT SECUNDAR, ADICĂ ASOCIAT CU O ALTĂ TULBURARE MENTALĂ (DE EX. DEPRESIE), O SUBSTANȚĂ SAU O CONDIȚIE MEDICALĂ GENERALĂ (DE EX. AKINEZIE INDUSĂ MEDICAMENTOS) SAU CU UN SIMPTOM PSIHOTIC (DE EX. COMENZI HALUCINATORII DE A NU SE MIȘCA).

DACĂ NU SE ȘTIE: Cum îți petreci timpul?

Avoliție: incapacitatea de a inița și de a persista în activități orientate spre un scop. Atunci când atinge intensitate patologică, avoliția este pervazivă și împiedică persoana în ducerea la bun sfârșit a numeroase activități (de ex., muncă, activități intelectuale, autoîngrijire).

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

Luați în calcul **Tulburarea Psihotică datorată unei CMG***

Pri-mară

Alogie: Sărăcirea gândirii care se reflectă în limbaj și comportament verbal. Poate apărea o diminuare a limbajului spontan și răspunsuri scurte și concrete la întrebări (sărăcirea limbajului). Uneori limbajul este adecvat din punct de vedere cantitativ, dar transmite puțină informație din cauza faptului că este excesiv de concret, excesiv de abstract, retetitiv sau stereotip (sărăcirea conținutului).

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

Luați în calcul **Tulburarea Psihotică datorată unei CMG***

Pri-mară

Aplatizare afectivă: Absența totală sau aproape totală a oricărui semn de expresie afectivă.

	?	1	2	3
COP				
PAR				
ALT				
OPT				

Luați în calcul **Tulburarea Psihotică datorată unei CMG***

Pri-mară

DACĂ SUNT PREZENTE IDEI DELIRANTE SAU HALUCINAȚII, NOTAȚI DATELE ȘI DACĂ AU APARUT ÎN ULTIMA LUNĂ (DE EX. „IDEI DELIRANTE BIZARE, INTERMITENTE DIN 1969 ȘI PERSISTENTE ÎN ULTIMELE 6 LUNI). Bifați aici dacă au apărut în ultima lună ___
DATE:

?=informație inadecvată 1=absent sau fals 2=sub prag 3=nivel prag sau adevărat

NOTĂ: ÎN CAZUL RAR ÎN CARE O PERSOANĂ CARE SE RECUPEREAZĂ DE PE URMA UNEI TULBURĂRI PSIHOTICE (DE EX. TULBURARE DELIRANTĂ) ŞI ULTERIOR DEZVOLTĂ O ALTĂ TULBURARE PSIHOTICĂ (DE EX. TULBURARE SCHIZOAFECTIVĂ), TREBUIE CODATĂ DOAR CEA MAI RECENTĂ TULBURARE.

DACĂ: TOATE SIMPTOMELE PSIHOTICE DIN MODULUL B. SUNT DATORATE UNEI SUBSTANȚE SAU UNEI CONDIȚII MEDICALE GENERALE, TRECEȚI LA ***SUBSTANȚĂ/CMG***, D.14

DACĂ: NU EXISTĂ ITEMI CODAȚI „3" ÎN **C. SIMPTOME PSIHOTICE ŞI ASOCIATE**, BIFAȚI AICI_____ ŞI TRECEȚI LA **TULBURĂRI AFECTIVE** MODULUL E.1.

DACĂ A AVUT LOC VREODATĂ UN EPISOD DEPRESIV SAU MANIACAL MAJOR: Ai avut vreodată (SIMPTOME PSIHOTICE) când **nu erai** (DEPRIMAT/Ă / ÎNTR-O STARE MANIACALĂ)?

Simptomele psihotice apar în alte perioade decât în timpul Episoadelor depresive majore sau maniacale.

NOTĂ : CODAȚI „3" DACĂ NU EXISTĂ EPISOADE MANIACALE SAU DEPRESIVE MAJORE SAU DACĂ SIMPTOMELE PSIHOTICE APAR ÎN AFARA EPISOADELOR AFECTIVE. CODAȚI „1" DOAR DACĂ SIMPTOMELE PSIHOTICE APAR EXCLUSIV ÎN TIMPUL EPISOADELOR AFECTIVE.

? 1 2 3

↑ Tulburarea schizo-afectivă Treceți la ***Tulburări afective*** E.1

↑ **R /O Tulburare psihotică CONTINUAȚI**

CRITERII PENTRU SCHIZOFRENIE

[NOTĂ: CRITERIILE SUNT ÎN ALTĂ ORDINE DECAT ÎN DSM-IV]

URMĂRIȚI LA ITEMII CODAȚI „3" ÎN MODULUL DE SIMPTOME PSIHOTICE ŞI ASOCIATE (MODULUL C).

A. Două (sau mai multe) dintre următoarele simptome, fiecare prezent o porțiune semnificativă de timp în cursul unei perioade de o lună (sau mai puțin, dacă sunt tratate cu succes):

? 1 2 3

↑ Treceți la ***Tulburarea delirantă*** D. 10

(1) idei delirante
(2) halucinații
(3) limbaj dezorganizat (de ex. deraieri frecvente sau incoerentă)
(4) comportament catatonic sau flagrant dezorganizat
(5) simptome negative, adică aplatizare afectivă, alogie sau avoliție

[Notă: Este necesar doar un singur simptom de la criteriul A dacă ideile delirante sunt bizare sau halucinațiile constau într-o voce care comentează continuu comportamentul sau gândurile persoanei sau dacă două sau mai multe voci conversează între ele.]

B. Tulburarea schizoafectivă şi tulburarea afectivă cu elemente psihotice au fost excluse deoarece se manifestă una dintre următoarele situații:

? 1 2 3

TRECEȚI LA ***TUBLURARE PSIHOTICĂ FAS*** D.18 E.1

DACĂ ESTE NECLAR: S-a întâmplat vreodată să ai (SIMPTOME DIN FAZA ACTIVĂ) în acelaşi timp în care erai (deprimat/ă / maniacal/ă/ iritabil/ă /ECHIVALENTUL PERSONAL)?

(1) nici un fel de episoade depresive majore, maniacale sau mixte nu au survenit concomitent cu simptomele fazei active (adică, simptomele „A" enumerate mai sus)

NOTĂ: CODAȚI „3" DACĂ NU A FOST NICIODATĂ VREUN EPISOD DEPRESIV MAJOR SAU MANIACAL SAU DACĂ TOATE EPISOADELE DEPRESIVE MAJORE SAU MANIACALE AU APĂRUT ÎN TIMPUL FAZEI PRODROMALE. CODATI „1" DACĂ EXISTĂ ORICE EPISOADE AFECTIVE CARE SE SUPRAPUN CU SIMPTOMELE PSIHOTICE.

NOTĂ: DATORITĂ DIFICULTĂȚII DE A DISTINGE ÎNTRE SIMPTOMELE PRODROMALE ŞI REZIDUALE ALE SCHIZOFRENIEI ŞI UN SIDROM DEPRESIV MAJOR, CEL CARE CODEAZĂ AR TREBUI SĂ RECONSIDERE ORICE EPISOD DEPRESIV MAJOR COTAT ANTERIOR PENTRU A SE ASIGURA CĂ ESTE FĂRĂ ECHIVOC.

DACĂ ESTE NECLAR: Cât timp din perioada în care ai avut (SIMPTOME DIN FAZA ACTIVĂ ŞI REZIDUALĂ) ai spune tu că ai fost de asemenea şi (deprimat/ă/ maniacal/ă/ iritabil/ă/ ECHIVALENTUL PERSONAL)?

TRECEȚI LA ***TULBURARE PSIHOTICĂ FAS*** D.18	TRECEȚI LA ***TULBURARE SCHIZOAFECTIVĂ*** D.9	CONTINUAȚI CU PAGINA URMĂTOARE

(2) durata totală a Episoadelor depresive majore sau maniacale [apărute în timpul tulburării] a fost mai scurtă în raport cu durata totală a fazelor active şi reziduale.

OBS: CODAȚI „1" DACĂ SIMPTOMELE CARE SATISFAC CRITERIILE PENTRU UN EPISOD AFECTIV SUNT PREZENTE PENTRU O PERIOADĂ SEMNIFICATIVĂ PE DURATA TOTALĂ A FAZELOR ACTIVE ŞI REZIDUALE.

? 1 2 3

TRECEȚI LA ***TULBURAREA PSIHOTICĂ FAS*** D.18	TRECEȚI LA ***TULBURAREA SCHIZOAFECTIVĂ*** D.9	CONTINUAȚI CU PAGINA URMĂTOARE

?=informație inadecvată 1=absent sau fals 2=sub prag 3=nivel prag sau adevărat

ACUM REALIZAȚI UN DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL ÎNTRE SCHIZOFRENIE ŞI TULBURARE SCHIZOFRENIFORMĂ

DACĂ ESTE NECLAR: Între (EPISODE MULTIPLE), ți-ai revenit la cum eşti tu în mod normal? Cât a durat fiecare episod?

C. Semnele continue ale tulburării persistă timp de cel puțin şase luni. Această perioadă de 6 luni trebuie să includă cel puțin o lună de simptome care satisfac criteriul A (adică, simptomele fazei active) şi poate include perioade de simptome prodromale sau reziduale. Pe parcursul acestor perioade prodromale sau reziduale, semnele tulburării se pot manifesta doar prin simptome negative (adică, aplatizare afectivă, alogie, abulie) sau două sau mai multe simptome enumerate la criteriul A prezente într-o formă atenuată (de ex., convingeri stranii, experiențe perceptive insolite).

? 1 2 3

Treceți la ***Tulburarea schizofreniformă*** D 7

DACĂ NU SE ŞTIE: Când ai avut (SIMPTOME DE LA CRITERIUL „A"), ce făceai (mergeai la şcoală, îți petreceai timpul cu copii de vârsta ta, făceai duş şi ajutai la treburile casei)?

D. O porțiune semnificativă de timp de la debutul tulburării, unul sau mai multe domenii majore de funcționare cum ar fi serviciul, relațiile interpersonale, autoîngrijirea, sunt considerabil sub nivelul atins anterior debutului **(sau când debutul are loc în copilărie sau adolescență, incapacitatea de a atinge nivelul aşteptat de realizare interpersonală, şcolară sau profesională)**

? 1 2 3

Treceți la ***Tulburarea psihotică FAS*** D 18

DACĂ NU SE ŞTIE: Consumai droguri sau luai medicamente în perioada aceea?

DACĂ NU SE ŞTIE: Ai fost bolnav/ă în perioada aceea?

DACĂ RĂSPUNSUL LA ORICARE DINTRE INTREBĂRI ESTE "DA" ŞI SE ŞTIE CĂ SUBSTANȚA SAU CONDIȚIA MEDICALĂ GENERALĂ ESTE ASOCIATĂ CU SIMPTOME PSIHOTICE, VEZI PAGINA D.14

E. Tulburarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., unui drog de abuz, medicament) sau unei condiții medicale generale. **Obs.: Dacă tulburarea NU apare pe durata uneia dintre aceste condiții, codați „3".**

? 1 2 3

Treceți la ***Tulburarea psihotică FAS*** D 18	Treceți la ***Tulburări datorate SUBST / CMG*** D 14	SCHIZOFRENIE CONTINUAȚI CU PAGINA URMĂTOARE

?=informație inadecvată 1=absent sau fals 2=sub prag 3=nivel prag sau adevărat

SUBTIPURI ALE SCHIZOFRENIEI

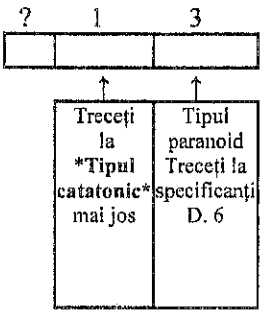
ACUM DETERMINAȚI TIPUL FENOMENOLOGIC ACTUAL:

TIP PARANOID

Tip Paranoid: În momentul de față

A. Preocupare pentru una sau mai multe idei delirante sau halucinații auditive frecvente

B. Nici unul dintre următoarele simptome nu este notabil: limbaj dezorganizat, comportament catatonic sau dezorganizat, afect aplatizat ori inadecvat



TIP CATATONIC

Tip Catatonic: În momentul de față tabloul clinic este dominat de cel puțin două dintre următoarele:

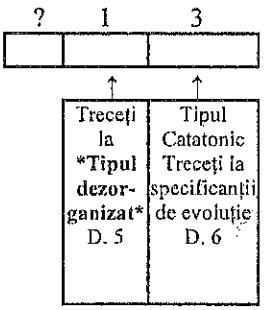
(1) imobilitate motorie evidențiată prin catalepsie (incluzând flexibilitate ceroasă) sau stupor

(2) activitate motorie excesivă (care este evident lipsită de sens şi nu este influențată de stimuli externi)

(3) negativism extrem (o rezistență evident nemotivată față de orice instrucțiuni sau menținerea unei posturi rigide în fața încercărilor de a fi mutat) sau mutism

(4) bizarerii ale mişcărilor voluntare evidențiate prin posturi (asumarea voluntară a unor posturi bizare sau inadecvate), mişcări stererotipe, manierism pronunțat sau grimase proeminente

(5) ecolalie sau ecopraxie

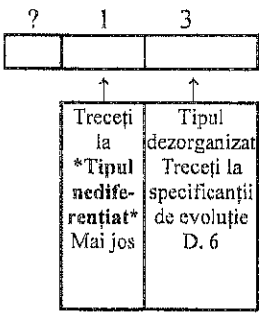


TIP DEZORGANIZAT

Tip dezorganizat: În momentul de față sunt satisfăcute următoarele criterii:

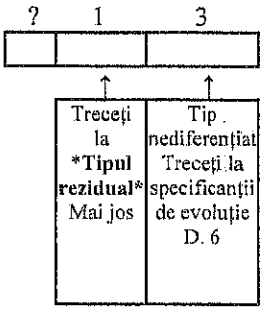
A. Oricare dintre următoarele sunt pronunțate:
(1) limbaj dezorganizat;
(2)comportament dezorganizat
(3) afect plat sau inadecvat

B. Nu sunt satisfăcute criteriile pentru tipul catatonic



TIP NEDIFERENȚIAT

Tip nediferențiat: În momentul de față sunt prezente simptomele care satisfac criteriul A al schizofreniei, dar nu sunt satisfăcute criteriile pentru tipul paranoid, dezorganizat sau catatonic

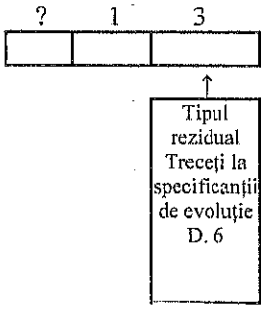


TIP REZIDUAL

Tip rezidual: În momentul de față sunt îndeplinite următoarele criterii:

A. Criteriul A de schizofrenie (adică, simptomele fazei active) nu mai este satisfăcut şi nu sunt satisfăcute criteriile pentru tipurile paranoid, catatonic, dezorganizat sau nediferențiat

B. Există proba continuității perturbării, indicată de prezența de simptome negative sau a două sau mai multe simptome menționate la criteriul A pentru Schizofrenie, prezente într-o formă atenuată (de ex. convingeri bizare, experiențe perceptive insolite)



SPECIFICANȚI DE EVOLUȚIE

Mai jos sunt enumerați specificanții pentru a indica decursul caracteristic al simptomelor. Acești specificanți pot fi aplicați doar dacă a trecut cel puțin un an de la declanșarea inițială a simptomelor fazei active. Pentru parcursul acestui an inițial nu pot fi oferiți nici un fel de specificanți de evoluție. Notă: în perioadele reziduale, e posibil ca semnele tulburării să se manifeste doar prin simptome negative (adică aplatizare afectivă, alogie, abulie) sau prin două sau mai multe simptome listate în criteriul A prezente într-o formă atenuată (de ex., credințe bizare, experiențe perceptuale neobișnuite).

SELECTAȚI SPECIFICANȚII CARE CARACTERIZEAZĂ CEL MAI BINE CURSUL LONGITUDINAL AL TULBURĂRII: (Încercuiți codul numeric din stânga) ȘI TRECEȚI LA *CRONOLOGIE* D.19

1. Episodic, cu Simptome Reziduale între Episoade.
Acest specificant se aplică atunci când evoluția este caracterizată prin episoade în care criteriul A pentru Schizofrenie este satisfăcut, iar între episoade există simptome reziduale semnificative clinic (dar nu sunt prezente simptome negative notabile).

2. Episodic, cu Simptome Reziduale între Episoade. Cu Simptome Negative Proeminente
Ca mai sus, însă sunt prezente simptome negative notabile.

3. Episodic, fără Simptome Reziduale între Episoade
Acest specificant se aplică atunci când evoluția este caracterizată prin episoade în care criteriul A pentru Schizofrenie este satisfăcut, iar între episoade nu există simptome reziduale semnificative clinic.

4. Continuu
Acest specificant se aplică atunci când simptomele caracteristice de la criteriul A sunt satisfăcute pe tot (sau aproape tot) parcursul evoluției (dar nu sunt prezente simptome negative notabile).

5. Continuu, cu Simptome Negative Proeminente
Ca mai sus, însă sunt prezente simptome negative notabile

6. Episod Unic, în Remisiune Parțială
Acest specificant se aplică atunci când a existat un singur episod în care criteriul A pentru Schizofrenie a fost satisfăcut și au rămas unele simptome reziduale semnificative clinic (dar nu sunt prezente simptome negative notabile).

7. Episod Unic, cu Simptome Negative Proeminente
Ca mai sus, însă simptomele reziduale includ simptome negative notabile

8. Episod Unic, în Remisiune Completă
Acest specificant se aplică atunci când a existat un singur episod în care criteriul A pentru Schizofrenie a fost satisfăcut și nu au rămas simptome reziduale semnificative clinic

9. Alt Pattern sau Pattern Nespecificat
Acest specificant este folosit când a fost prezent un alt pattern sau un pattern nespecificat de evoluție

TRECEȚI LA **CRONOLOGIE**, D.19

TULBURAREA SCHIZOFRENIFORMĂ

SCHIZOFRENIA A FOST EXCLUSĂ DATORITĂ DURATEI DE MAI PUȚIN DE ȘASE LUNI.

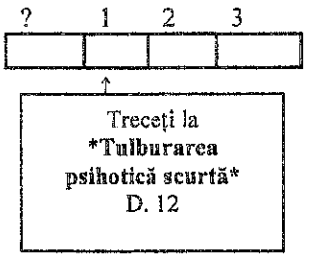
DACĂ NU SE ȘTIE: (Întrebați și părinții): Ai consumat (copilul dvs. a consumat) droguri sau medicamente în perioada respectivă?

Ai fost (a fost copilul dvs.) bolnav/ă în perioada aceea?

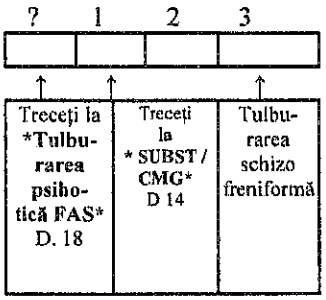
DACĂ RĂSPUNSUL LA ORICARE DINTRE INTREBĂRI ESTE "DA" ȘI SE ȘTIE CĂ SUBSTANȚA SAU CONDIȚIA MEDICALĂ GENERALĂ ESTE ASOCIATĂ CU SIMPTOME PSIHOTICE, VEZI PAGINA D.14

CRITERII PENTRU TULBURAREA SCHIZOFRENIFORMĂ

B. Un episod al tulburării (inclusiv fazele prodromală, activă şi reziduală) durează cel puțin o lună, dar mai puțin de şase luni

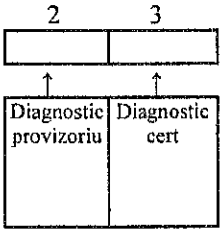


C. Perturbarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., unui drog de abuz, medicament) sau unei condiții medicale generale



Atunci când diagnosticul este stabilit fără a aştepta recuperarea, acesta trebuie etichetat ca „provizoriu"

NOTĂ: CODAȚI '2" DACĂ RECUPERAREA AŞTEPTATĂ NU S-A PRODUS ÎNCĂ. CODAȚI "3" DACĂ S-A PRODUS O RECUPERARE COMPLETĂ.



ACUM STABILIȚI DACĂ SUNT PREZENTE ELEMENTE DE PROGNOSTIC FAVORABIL.

Cel puțin două dintre următoarele elemente sunt asociate cu un prognostic bun:

(1) debut al simptomelor psihotice proeminente în decurs de 4 săptămâni de la prima modificare notabilă în comportament sau în funcționarea uzuală

(2) confuzie sau perplexitate la apogeul episodului psihotic

(3) funcționare socială, școlară sau profesională premorbidă bună

(4) absența afectului plat sau obtuz

CEL PUTIN DOUĂ TRĂSĂTURI DE PROGNOSTIC BUN CODATE „3"